






Modelace.....	2	
Předsmuvní informace .....	2	
Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění verze 5/2015.....	5	
Zvláštní pojistné podmínky hlavního pojištění RZ1C verze 5/2015 .....	8	
Zvláštní pojistné podmínky připojištění.....	9	
ZPP CSO3 verze 10/2015 str. 9	ZPP CNL1 verze 5/2015 str. 18	ZPP CTN2 verze 5/2015 str. 36
ZPP CSO4 verze 10/2015 str. 10	ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 verze 10/2015 str. 22	ZPP CNL2 verze 10/2015 str. 40
ZPP 0012 verze 5/2015 str. 10	ZPP COP2 verze 5/2015 str. 30	ZPP CHO1/CHO4 a CHO2 verze 10/2015 str. 44
ZPP 0314 verze 5/2015 str. 11	ZPP CID3/CID4 verze 10/2015 str. 31	ZPP CHU1/CHU4 a CHU2 verze 10/2015 str. 46
ZPP CUD2 verze 5/2015 str. 15	ZPP CPN3/CPN4 verze 10/2015 str. 32	ZPP CZV2 verze 5/2015 str. 47
ZPP 0026 verze 5/2015 str. 16	ZPP CPU1/CPU3 verze 5/2015 str. 34	
Základní informace k pojištění 	.....	53
Všeobecné pojistné podmínky č. 1/2010 	.....	53
Rámcová pojistná smlouva / pojistka č. INGZ 1/2010 	.....	56
Rozdělení rizikových skupin .....		60
Poznámky .....		62
Bankovní spojení pro platbu pojistného.....		63

## MODELACE

Tato modelace slouží jako ilustrativní příklad a nezohledňuje provedení případných změn provedených klientem v průběhu trvání pojistné smlouvy.

Životní pojištění ProAktiv (rizikové ZP) – věk klienta 30 let; pojistná doba = 30 let; pojistná částka pro případ smrti = 30 000 Kč, pojistné za připojištění = 300 Kč měsíčně

Období v průběhu trvání smlouvy	Výročí	Předepsané pojistné dle zvolené frekvence	Odkupné	Celkem zaplacené pojistné*	Pojistné plnění pro případ smrti 1. pojištěného	Pojistné plnění pro případ dožití	Rizikové pojistné a poplatky
Sjednání	0	317 Kč	0 Kč	0 Kč	30 000 Kč	0 Kč	0 Kč
Druhé výročí	2	322 Kč	0 Kč	7 668 Kč	30 000 Kč	0 Kč	7 668 Kč
Polovina pojistné doby	15	357 Kč	0 Kč	60 180 Kč	30 000 Kč	0 Kč	60 180 Kč
Dožití	30	512 Kč	0 Kč	139 080 Kč	30 000 Kč	0 Kč	139 080 Kč

\* Hodnota obsahuje zaplacené rizikové pojistné

## PŘEDSMLUVNÍ INFORMACE

### 1. Informace o pojišťovně (identifikační údaje, kontaktní údaje, orgán dohledu)

Pojišťovnou je NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, IČ: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“ nebo „NN Životní pojišťovna“).

Hlavní předmětem podnikání pojišťovny je:

- pojišťovací činnost dle § 3, odst. 1, písm. f) ve spojení s § 137, odst. 1 a 2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (dále jen „zákon o pojišťovnictví“) v rozsahu pojistných odvětví i. a), b) a c), II., III. životních pojištění uvedených v části A přílohy zákona o pojišťovnictví;
- činnosti související s pojišťovací činností dle § 3, odst. 1, písm. n) ve spojení s § 137, odst. 1 zákona o pojišťovnictví – zprostředkovatelská činnost prováděná v souvislosti s pojišťovací činností podle zákona o pojišťovnictví, poradenská činnost související s pojištěním fyzických a právnických osob podle zákona o pojišťovnictví, šetření pojistných událostí podle zákona o pojišťovnictví, zprostředkování jiných finančních služeb a další činnosti související s výkonem povolené pojišťovací činnosti podle zákona o pojišťovnictví.

Více informací o činnostech a oprávnění k výkonu činnosti (včetně předmětu podnikání NN Životní pojišťovny) je k dispozici na internetových stránkách [www.nnpojištovna.cz](http://www.nnpojištovna.cz).

Kontaktními údaji jsou – E-mail: [klient@nn.cz](mailto:klient@nn.cz); Klientská linka: 800 127 127.

Orgánem dohledu je Česká národní banka se sídlem: Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, Česká republika. NN Životní pojišťovna vykonává činnost na území České republiky na základě práva pojišťovny z jiného členského státu zřídit zde svou pobočku, a to v rozsahu v jakém jí bylo uděleno v Nizozemském království. Z tohoto důvodu podléhá rovněž dohledu De Nederlandsche Bank, Westeinde 1, P.O. BOX 98, 1000 AB Amsterdam, The Netherlands.

Zpráva o solventnosti a finanční situaci NN Životní pojišťovny je dostupná na internetových stránkách [www.nnpojištovna.cz](http://www.nnpojištovna.cz) a ve vztahu k mateřské společnosti na internetových stránkách [www.nn.nl](http://www.nn.nl).

### 2. Obsah a rozsah sjednávaného pojištění

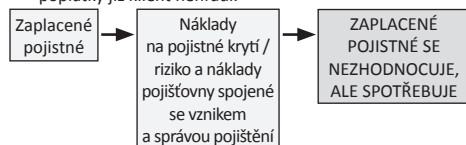
Životní pojištění je smluvním vztahem mezi pojišťovnou a pojistníkem, ve kterém se pojišťovna zavazuje poskytnout oprávněné osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním (tzv. pojistná událost – např. smrt pojištěného nebo dožití se sjednaného konce pojištění pojištěným) a pojistník se zavazuje za toto pojistné krytí platit pojišťovně pojistné.

Životní pojištění lze sjednat v rozsahu pojištění jedné fyzické osoby nebo dvou fyzických osob (první pojištěný, druhý pojištěný) a zároveň jako pojištění vlastního nebo i cizího pojistného nebezpečí, v obou případech v závislosti na sjednaném druhu životního pojištění (zvoleném produktu pojišťovny). K životnímu pojištění lze zároveň sjednat doplňková pojištění (tzv. připojištění) úrazu nebo nemoci. Konkrétní obsah a rozsah všech sjednaných pojištění/připojištění a opcí je pojistníkovi sdělován při uzavírání pojistné smlouvy a je blíže popsán ve zvláštních pojistných podmínkách ke sjednávanému druhu pojištění/připojištění (dále jen „ZPP“) tvořícím nedílnou součást pojistné smlouvy spolu s všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „VPP“), které ZPP doplňují. VPP i ZPP jsou pojistníkovi/zájemci o životní pojištění předány a vysvětleny společně s těmito Předmluvními informacemi před uzavřením pojistné smlouvy.

Pojmem klient se dále označuje společně nebo jednotlivě, podle kontextu, pojistník, pojištěný a/nebo zájemce o životní pojištění.

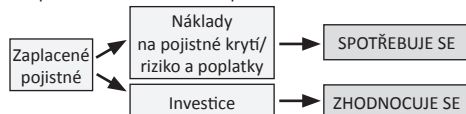
Životní pojištění se nejčastěji rozlišuje na rizikové, kapitálové a investiční.

a) **Rizikové životní pojištění** zahrnuje pojištění pro případ smrti, tzn. nastane-li pojistná událost smrt pojištěného, vyplácí se sjednaná pojistná částka. V případě předčasného ukončení pojistné smlouvy není vyplaceno žádné plnění (produkt neobsahuje složku pro investice ani spořicí složku). Zaplacené pojistné je zcela spotřebováno na pojistné krytí rizika smrti a náklady pojišťovny spojené se vznikem pojištění (např. náklady na propagaci a distribuci produktu, administrativní náklady z vyhotovením, tiskem a posouzením pojistné smlouvy apod.), stejně jako náklady pojišťovny spojené se správou pojištění, jsou již započítány v sazbě pojistného, tzn. žádné pravidelné poplatky již klient nehradí.



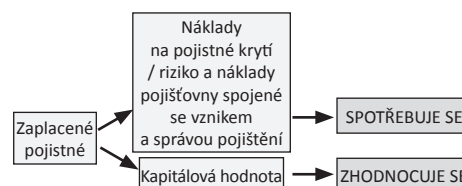
b) **Investiční životní pojištění** zahrnuje pojištění pro případ smrti a pro případ dožití se sjednaného konce pojištění pojištěným, a to s investováním části pojistného do klientem vybraných finančních fondů určených pojišťovnou pro dané investiční životní pojištění s tím, že nositelem investičního rizika je klient. Investiční životní pojištění přináší zpravidla vyšší zhodnocení finančních prostředků, které ale nemusí být garantováno. Za zaplacené pojistné jsou nakoupeny podílové jednotky jednotlivých finančních fondů dle zvolené investiční strategie. Nakoupené podílové jednotky jsou pak evidovány na individuálním podílovém účtu, který pojišťovna vede k pojistné smlouvě klienta. Z hodnoty podílového účtu jsou rovněž strhávány náklady pojišťovny na pojistné krytí rizika smrti a ve formě poplatků pak také náklady pojišťovny spojené se vznikem a správou pojištění. Co se rozumí těmito náklady pojišťovny spojenými se vznikem a správou pojištění je popsáno výše pod písm. a) tohoto bodu 2.

V případě pojistné události smrt pojištěného se vyplácí součet pojistné částky a hodnoty podílového účtu, popř. jedna z těchto částek podle toho, která z nich je vyšší, vždy v závislosti na podmínkách sjednaných v příslušných ZPP. Při dožití se sjednaného konce pojištění pojištěným je vyplacena aktuální hodnota podílového účtu.



c) **Kapitálové životní pojištění** zahrnuje pojištění pro případ smrti a pro případ dožití se sjednaného konce pojištění pojištěným, a to s garantovanou pojistnou částkou. U kapitálového životního pojištění je část zaplaceného pojistného spotřebována na pojistné krytí rizika smrti a náklady pojišťovny spojené se vznikem a správou pojištění. Zbývající část pojistného je použita na tvorbu kapitálové hodnoty pojištění. Zmíněné náklady pojišťovny spojené se vznikem a správou pojištění jsou již započítány v sazbě pojistného, tzn. žádné pravidelné poplatky již klient nehradí. Co se rozumí těmito náklady je popsáno výše pod písm. a) tohoto bodu 2.

V případě pojistné události smrt pojištěného se vyplácí sjednaná pojistná částka nebo pojistné plnění ve výši celkové zaplaceného běžného pojistného v závislosti na podmínkách sjednaných v příslušných ZPP. Při dožití se sjednaného konce pojištění pojištěným je vyplacena pojistná částka.



Je-li k životnímu pojištění sjednáno připojištění, pak při pojistné události kryté tímto připojištěním se vyplácí pojistné plnění dle podmínek sjednaných v ZPP k tomuto připojištění. Forma výplaty ze životního pojištění nebo připojištění může být buď jednorázová, nebo formou opakovaných výplat.

### 3. Výjimky z pojistného krytí (snížení pojistného plnění a výluky)

Pojišťovna je oprávněna snížit pojistné plnění v případech specifikovaných ve VPP a případně též ZPP (např. v případě, že došlo k pojistné události v souvislosti s požitím alkoholu či omamných nebo psychotropních látek).

Současné jsou VPP a ZPP sjednány tzv. výluky, tj. případy, na které se pojištění vůbec nevztahuje (např. v případě smrti pojištěného následkem sebevraždy nebo v případě souvislosti pojistné události s trestnou činností).

### 4. Pojistné

#### 4.1. Výše pojistného, způsob a doba placení, záloha

Výše pojistného za sjednávaný druh životního pojištění a každé sjednané připojištění a časové období, za které je pojistné placeno (tzv. pojistné období nebo frekvence placení), jsou klientovi sdělovány v modelaci pojištění, v pojistné smlouvě a pojistce. Měsíční výše pojistného se rovná podílu částky pojistného za sjednané pojistné období a počtu měsíců v tomto pojistném období. Výše pojistného se stanoví na základě sazby pojistného pro daný druh životního pojištění/připojištění uvedené v sazebníku pojišťovny, na základě výše pojistné částky a případně též dalších parametrů jako např. sjednaná délka pojištění vždy v závislosti na typu sazby. V případě investičního životního pojištění se výše uvedeným způsobem dle sazby pojistného stanoví pouze jedna část sjednaného pojistného, a to tzv. rizikové pojistné. Vedle toho celkovou výši pojistného tvoří také část určená k investicím do klientem zvolených finančních fondů a část určená k pokrytí nákladů/poplatků spojených s investičním životním pojištěním. Aktuální znění sazebníku je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v sídle pojišťovny.

Platby pojistného probíhají způsobem sjednaným v pojistné smlouvě. Řádně uhrazeným pojistným se rozumí pojistné, které bylo připsáno na účet určený pojišťovnou se správnými identifikačními údaji platby stanovenými pojistnou smlouvou a/nebo pojistných podmínkách.

Pojišťovna nepožaduje zálohu.

#### 4.2. Struktura předepsaného pojistného

Struktura předepsaného pojistného je klientovi sdělována prostřednictvím pojistné smlouvy a modelace pojištění, která je mu předávána při uzavírání pojistné smlouvy. V případě investičního životního pojištění je takto klientovi sdělována také výše pojistného určeného každoročně na investice do zvolených finančních fondů, výše rizikové a výše rezervovné části pojistného.

#### 5. Poplatky a další náklady

Případné poplatky hrazené nad rámec pojistného jsou uvedeny v přehledu poplatků pojišťovny. Pokud jsou v rámci sjednávaného druhu životního pojištění určité poplatky hrazeny z pojistného, je tato skutečnost popsána v příslušných ZPP k tomuto druhu životního pojištění a jejich konkrétní výše je rovněž uvedena v přehledu poplatků. Aktuální znění přehledu poplatků je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v sídle pojišťovny; znění platné ke dni sjednání pojistné smlouvy je rovněž součástí těchto Předmluvních informací.



po ukončení výkonu této funkce, a to bez ohledu na občanství, státní příslušnost, místo trvalého/přechodného/dlouhodobého pobytu této fyzické osoby a stát, ve kterém (pro který) výše uvedenou významnou veřejnou funkci vykonává;

b) fyzická osoba, která:

- je k osobě uvedené pod písm. a) ve vztahu manželském, partnerském anebo v jiném obdobném vztahu nebo ve vztahu rodičovském;
- je k osobě uvedené pod písm. a) ve vztahu syna nebo dcery nebo je k synovi nebo dceři osoby uvedené pod písm. a) osobou ve vztahu manželském (zeťové, snachy), partnerském nebo v jiném obdobném vztahu;
- je společníkem nebo skutečným majitelem stejné právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu, jako osoba uvedená pod písm. a), nebo je o ní povinné osobě známo, že je v jakémkoli jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou pod písm. a), nebo

- je skutečným majitelem právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu, o kterém je známo, že bylo vytvořeno ve prospěch osoby uvedené pod písm. a).

**13.2. Dotazy pojišťovny uvedené v příslušné části pojistné smlouvy (Doplnění identifikace) pod písm. B**

Pravidelným zdrojem příjmů pojistníka se rozumí některá z následujících variant:

- a) příjem ze závislé činnosti,
- b) příjem z podnikání,
- c) kombinace příjmů ze závislé činnosti a příjmů z podnikání,
- d) jiné.

Údaji o zdroji majetku pojistníka se rozumí následující:

- a) příjem ze zaměstnání,
- b) příjem z podnikání,
- c) dědictví,
- d) výnosy z prodeje obchodní společnosti,
- e) jiné.

**Přehled poplatků k produktu RZ1C  
– Životní pojištění ProAktiv  
– znění od 1. 1. 2015**

1.	Poplatek za změnu základních údajů smlouvy (osobní, ohledně plateb apod.)	zdarma
2.	Poplatek za změnu technických parametrů pojištění (pojistného, pojistné částky, připojištění apod.)	zdarma

# VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ NN ŽIVOTNÍ POJIŠTOVNY N. V., Pobočka PRO ČESKOU REPUBLIKU

Slovníček pojmů na konci dokumentu vám pomůže pochopit základní výrazy užívané v těchto všeobecných pojistných podmínkách (VPP).

## Článek 1 – Které právní dokumenty jsou pro mne důležité a jak se použijí?

1. Tyto VPP platí pro hlavní životní pojištění (hlavní krytí) a případná doplňková pojištění (přípojištění) úrazu nebo nemoci, které(á) sjednávají smluvní strany pojistné smlouvy. VPP doplňují příslušné zvláštní pojistné podmínky pro sjednaný druh hlavního krytí a příslušné zvláštní pojistné podmínky pro sjednaná přípojištění.
2. VPP i zvláštní pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Ustanovení zvláštních pojistných podmínek mají přednost před těmito VPP; konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před ustanovením zvláštních pojistných podmínek.
3. Přípojištění lze sjednat pouze jako doplňkové pojištění k hlavnímu krytí.

## Článek 2 – Co je předmětem sjednaného pojištění a které události jsou jím kryty?

1. Pojistnou smlouvou se pojišťovna vůči pojistníkovi zavazuje poskytnout oprávněné osobě pojistné plnění, nastane-li pojistná událost. Pojistník se zavazuje platit pojišťovně pojistné.
2. V pojistné smlouvě může být v rámci životního pojištění sjednáno zejména pojištění těchto pojistných událostí:
  - a) smrti;
  - b) dožití se určitého věku nebo dne určeného pojistnou smlouvou jako konec pojištění;
  - c) jiné události uvedené ve zvláštních pojistných podmínkách.
3. V pojistné smlouvě může být současně s životním pojištěním sjednáno přípojištění úrazu a/nebo přípojištění nemoci, a to zejména těchto pojistných událostí:
  - a) smrti úrazem;
  - b) úrazu nebo nemoci, které zanechají trvalé následky;
  - c) nezbytného léčení následků úrazu;
  - d) hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu;
  - e) invalidity v důsledku úrazu nebo nemoci;
  - f) pracovní neschopnosti v důsledku nemoci nebo úrazu;
  - g) úrazu uvedeného ve zvláštních pojistných podmínkách pro příslušný druh přípojištění;
  - h) nemoci uvedené ve zvláštních pojistných podmínkách pro příslušný druh přípojištění;
  - i) jiných událostí uvedených ve zvláštních pojistných podmínkách.
4. **Pojišťovna není povinna plnit za škodné události, které nastaly od sjednaného počátku pojištění do dne, kdy bylo na účet pojišťovny připsáno první běžné nebo jednorázové pojistné. Bylo-li toto pojistné uhrazeno, není pojišťovna dále povinna plnit za škodné události, ke kterým dojde v období od sjednaného počátku pojištění do vydání pojistky, nejdéle však do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy, a to s výjimkou pojistné události způsobené úrazem, který nastal v době trvání pojištění po zaplacení prvního běžného nebo jednorázového pojistného.**

## Článek 3 – Co je třeba vědět o pojistné smlouvě, počátku pojištění a změnách pojištění?

1. Pojistná smlouva musí být uzavřena písemně. Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem podepsání pojistné smlouvy pojišťovnou a pojistníkem. V případech stanovených pojišťovnou, lze pojistnou smlouvu sjednat také pomocí prostředků komunikace na dálku, a to zejména prostřednictvím internetových stránek pojišťovny a klientského portálu pojišťovny.
2. Přípouští-li to návrh pojistné smlouvy podaný ze strany pojišťovny, lze jej přijmout též zaplacením pojistného ve výši uvedené v návrhu, pokud se tak stane ve lhůtě uvedené v návrhu. Pojistná smlouva je v takovém případě uzavřena, jakmile bylo pojistné připsáno na účet pojišťovny.
3. Uzavření pojistné smlouvy pojišťovna pojistníkovi potvrdí vydáním a doručením pojistky.
4. Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, počátek pojištění nastává první den po uzavření pojistné smlouvy. Není-li v návrhu na změnu pojistné smlouvy uvedeno jinak, u dodatečně sjednaného přípojištění nastává

počátek pojištění první den po přijetí návrhu na změnu pojistné smlouvy ze strany pojišťovny. Pojištění začíná v 0.00 hod. dne sjednaného jako počátek pojištění.

5. Nestanoví-li pojistná smlouva jinak, návrh na změnu pojistné smlouvy musí být podán písemně. Návrh podává pojistník zpravidla na předepsaném tiskopise, který je dostupný na internetových stránkách pojišťovny nebo u příslušného pojišťovacího zprostředkovatele pojišťovny. Návrh na změnu pojistné smlouvy musí být doručen pojišťovně nejpozději 2 pracovní dny před datem jeho účinnosti. Za změnu pojistné smlouvy je pojišťovna oprávněna účtovat poplatky uvedené v přehledu poplatků.
6. Některé změny pojistné smlouvy, které souvisejí s platbou pojistného nebo mají vliv na jeho výši, lze provést pouze s účinností k datu splatnosti pojistného v závislosti na sjednaném pojistném období (měsíčně, čtvrtletně apod.), anebo jen k datu výročí. Pokud pojišťovna tyto změny přijme, nastává jejich účinnost v nejbližší den splatnosti běžného pojistného, který následuje po doručení návrhu na změnu pojistné smlouvy pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
7. Pojišťovna navrhovanou změnu bez zbytečného odkladu provede nebo její provedení odmítne s uvedením důvodů, popř. podá příslušný protinávrh. Není-li možné změnu provést bez zbytečného odkladu, protože ji lze provést jen k určitému datu nebo z důvodu dluhu na pojistném, pojišťovna odpovídajícím způsobem účinnost požadované změny odloží. Pojišťovna o této skutečnosti informuje pojistníka bez zbytečného odkladu po doručení jeho žádosti. Po provedení změny zašle pojišťovna pojistníkovi novou pojistku. Zaslání nové pojistky pozbývá dříve vydané pojistky platnosti.
8. Pojištění nelze přerušit, nestanoví-li zvláštní pojistné podmínky jinak.

## Článek 4 – Co se rozumí pojistným a které skutečnosti ovlivňují jeho výši?

1. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena v pojistné smlouvě. Pojišťovna má právo na pojistné za dobu trvání pojištění.
2. **Nastala-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojišťovně pojistné do konce pojistného období, v němž tato pojistná událost nastala. Jednorázové pojistné v takovém případě náleží pojišťovně za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pokud pojištění zanikne z jiného důvodu před uplynutím pojistného období, za které bylo pojistné uhrazeno, je pojišťovna povinna poměrnou část předplaceného pojistného vrátit pojistníkovi, a to sníženou o případné poplatky a náklady pojišťovny. Obdobně to platí i pro jednorázové pojistné.**
3. Výše pojistného se určuje podle pojistné matematických metod platných pro jednotlivé druhy životního pojištění (hlavního krytí) a přípojištění, a to v souladu se zásadou rovného zacházení. Na písemnou žádost pojistníka doručenou do pojišťovny je pojišťovna povinna sdělit zásady pro stanovení výše příslušného pojistného.
4. **Veškeré změny skutečností, které byly uvedené v pojistné smlouvě nebo na které se pojišťovna ptala, jež vedou ke změně či zániku pojistného rizika, zejména pak změny pracovní, podnikatelské, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného, musí pojistník, příp. pojištěný oznámit pojišťovně bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy k nim došlo. Poruší-li pojistník nebo pojištěný povinnost oznámit pojišťovně zvýšení pojistného rizika, má pojišťovna právo do 2 měsíců ode dne, kdy se o zvýšení pojistného rizika dozvěděla, pojištění vypovědět bez výpovědní doby. V takovém případě náleží pojišťovně pojistné až do konce pojistného období, v němž pojištění zaniklo; jednorázové pojistné náleží pojišťovně v tomto případě celé.**
5. Pokud změna skutečností, které byly uvedené v pojistné smlouvě nebo na které se pojišťovna ptala, zejména pak změna pracovní, podnikatelské, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného, podstatně sníží pojistné riziko podle sazebníku platného v okamžiku změny, je pojišťovna povinna podle něj úměrně ke snížení pojistného rizika snížit pojistné, a to s účinností od nejbližšího dne splatnosti pojistného následujícího po dni, kdy byla změna oznámena pojišťovně.
6. Pokud změna skutečností, které byly uvedené v pojistné smlouvě nebo na které se pojišťovna ptala, zejména změna pracovní, podnikatelské, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného zvýší pojistné riziko podle sazebníku platného v okamžiku změny, je pojišťovna oprávněna podle něj navrhnout pojistníkovi novou výši pojistného odpovídající zvýšenému pojistnému riziku. Pojišťovna v takovém případě doručí pojistní-

kovi písemný návrh nové výše pojistného nejpozději do 1 měsíce ode dne, kdy jí uvedená změna skutečností byla oznámena. Pokud pojistník s návrhem pojišťovny nesouhlasí, je povinen doručit pojišťovně nejpozději do 15 kalendářních dní od doručení návrhu pojišťovny písemné sdělení, že návrh odmítá. Pokud tak pojistník ne učiní, má se za to, že ke dni následujícímu po uplynutí uvedené lhůty potvrzuje svůj souhlas s novou výší pojistného. Pojišťovnou navržená změna pojistného pak nabývá účinnosti od nejbližšího dne splatnosti pojistného, který následuje po uplynutí uvedené lhůty. **Pokud však pojistník v uvedené lhůtě 15 kalendářních dní doručí pojišťovně písemné sdělení, že návrh odmítá, je pojišťovna oprávněna do 2 měsíců od obdržení nesouhlasu pojistnou smlouvou jako celek, popř. příslušné(á) přípojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou po doručení výpovědi pojistníkovi.** Pojistník bude v návrhu pojišťovny na možnost výpovědi upozorněn.- 7. V odůvodněných případech může být pojistníkovi z důvodu příslušnosti k určité skupině (např. zaměstnanecké nebo dané určitou výší pojistného) ze strany pojišťovny přiznána sleva na pojistném nebo jiné oprávnění související s podmínkami jeho pojištění. Podmínky pro příslušnost ke skupině stanoví pojišťovna. Je-li pojistníkovi přiznána sleva na pojistném nebo jiné oprávnění z důvodu příslušnosti k určité skupině, nárok na tuto slevu nebo oprávnění zaniká, jakmile bude jeho příslušnost ke skupině ukončena. Při navazujícím přestupu do jiné skupiny se ukončením příslušnosti k původní skupině pouze odpovídajícím způsobem mění podmínky poskytnutí předmětné slevy na pojistném či jiného oprávnění. V obou těchto případech je pojistník povinen poskytnout pojišťovně potřebnou součinnost ve vztahu k novému nastavení pojistné smlouvy, zejména pokud jde o sjednanou výši pojistného.

## Článek 5 – Kdy a jak mám platit pojistné?

1. Pojistník je povinen platit pojistné dohodnuté v pojistné smlouvě řádně a včas. Řádně uhrazeným pojistným se rozumí pojistné, které bylo připsáno na účet určité pojišťovny, a to ve výši, měně a lhůtě stanovené v pojistné smlouvě a/nebo pojistných podmínkách, popř. v upomínce k zaplacení pojistného, a se správnými identifikačními údaji platby stanovenými pojišťovnou (zejména se správným variabilním symbolem). Pojišťovna může dále stanovit, v jakých případech je možné uhradit pojistné jiným způsobem. Datum připsání pojistného na účet pojišťovny určeny pojišťovnou pro platby pojistného není totožné s datem připsání pojistného ve prospěch pojistné smlouvy. Běžné pojistné může být placeno v měsíčním, čtvrtletním, půlročním nebo ročním pojistném období, a to způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě.
2. První běžné pojistné je splatné dnem počátku pojištění. Běžné pojistné za druhé a další pojistné období je splatné ke dni počátku tohoto období. Jednorázové pojistné je splatné dnem počátku pojištění.
3. Nebude-li pojistník platit sjednané pojistné řádně a včas, pojištění zanikne pro neplacení pojistného dle podmínek uvedených v čl. 7 odst. 3 těchto VPP. Stanoví-li tak zvláštní pojistné podmínky, může být důsledkem neplacení pojistného rovněž převod pojištění do splaceného stavu. Co se rozumí pojištěním ve splaceném stavu a za jakých podmínek lze pojištění převést do splaceného stavu je specifikováno v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.
4. Pojišťovna je oprávněna stanovit minimální a/nebo maximální limit běžného pojistného. Obdobně to platí i pro mimořádné pojistné, pokud zvláštní pojistné podmínky připouští jeho úhradu nad rámec běžného pojistného. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné pojistné ani na výši pojistné částky.
5. Obdržel-li pojišťovna platbu, kterou nebude možné identifikovat (zejména pro nesprávný variabilní symbol), je oprávněna jí bez dalšího vrátit zpět na bankovní účet nebo na adresu odesílatele, ze kterých byla ve prospěch pojišťovny uhrazena. Obdobně to platí, pokud při úhradě mimořádného pojistného není dodržena výše minimálního/maximálního limitu mimořádného pojistného stanoveného pojišťovnou. Postup v případě, kdy pojistník u platby mimořádného pojistného neurčí, do jakých fondů a v jakém poměru má být mimořádné pojistné investováno (tzv. alokační poměr), je specifikováno ve zvláštních pojistných podmínkách.
6. Bude-li běžné pojistné zapláceno ve výši přesahující částku pojistného sjednanou v pojistné smlouvě, **bude rozdíl částek považován za zálohu (předplacené) pojistného na další období. Bude-li běžné pojistné zapláceno ve výši nižší, než je výše běžného pojistného sjednaná v pojistné smlouvě, vzniká na pojistné smlouvě dluh ve výši celého sjednaného běžného pojistného**

za aktuální pojistné období a zaplacená částka je u pojistné smlouvy evidována jako přeplatek. V okamžiku, kdy přeplatek na pojistné smlouvy dosáhne výše dluhu na běžném pojistném za příslušné pojistné období, je tento dluh automaticky z přeplatku uhrazen.

7. Je-li pojistník v prodlení s úhradou pojistného, použije se jakákoliv platba pojistného vždy na úhradu nejstaršího dlužného pojistného, nedohodnou-li se pojistník a pojišťovna jinak.
8. Všechny platby učiněné v souvislosti s pojistnou smlouvou, ať již pojistníkem nebo pojišťovnou, budou prováděny v české měně, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

#### Článek 6 – Co znamená tzv. protinflační program a jak ovlivňuje pojištění?

1. Je-li protinflační program sjednán v pojistné smlouvě, pojišťovna vždy k výročí zvýší běžné pojistné spolu se zvýšením pojistné částky pojištění i připojištění. Pojišťovna oznámí pojistníkovi novou výši pojistného a pojistné částky s dostatečným časovým předstihem před výročím, k němuž má být zvýšení provedeno.
2. Pojistné se zvyšuje o stejný počet procent jako míra inflace vyhlášená Českým statistickým úřadem za období 12 kalendářních měsíců, které končí tři měsíce před dnem výročí. V případě, kdy je míra inflace nižší než 5 %, bude pojistné zvýšeno o 5 %.
3. Současně se zvýšením běžného pojistného bude odpovídajícím způsobem (v souladu s příslušnou sazbou pojistného stanovenou sazebníkem pro daný druh pojištění anebo připojištění) zvýšena pojistná částka. Pojišťovna vypočte zvýšení pojistné částky podle pojistné matematických metod. Při tomto zvyšování pojistné částky pojišťovna nezkontroluje zdravotní stav pojištěného ani pojistníka.
4. Pojišťovna může stanovit maximální hodnoty (limity) pojistných částek pro pojištění a připojištění, které při zvyšování pojistné částky podle odst. 3 tohoto článku nemohou být překročeny. Pojistná částka může být zvýšena maximálně na hodnotu tohoto limitu. Nové pojistné bude určeno podle tohoto limitu pojistné částky pojistné matematickými metodami.
5. Pojistník je oprávněn pro každý příslušný rok trvání protinflačního programu zvýšení pojistného a pojistné částky jednotlivě odmítnout, a to ve lhůtě, kterou pojišťovna stanoví v oznámení nové výše pojistného a pojistné částky.
6. Protinflační program automaticky zaniká:
  - a) dnem, od kterého je pojistník zproštěn povinnosti platit běžné pojistné, nebo
  - b) dnem pojistné události, je-li pojistnou událostí nemoc, nebo
  - c) dnem uznání invalidity III. stupně pojištěného ze strany pojišťovny.
7. Protinflační program může rovněž zaniknout z základě žádosti pojistníka o jeho zrušení. Takové zrušení protinflačního programu se stane účinným počínaje prvním výročím, které bude následovat po doručení žádosti pojistníka pojišťovně.

#### Článek 7 – V jakých situacích a k jakému okamžiku pojištění zaniká?

1. Pojištění zaniká zejména z následujících důvodů:
  - a) pojistnou událostí, není-li ve zvláštních pojistných podmínkách stanoveno jinak;
  - b) uplynutím sjednané pojistné doby;
  - c) pro neplacení pojistného;
  - d) výpovědí;
  - e) odstoupením;
  - f) odmítnutím pojistného plnění dle odst. 7 tohoto článku;
  - g) vyplacením odkupného;
  - h) dohodou;
  - i) zanikne-li pojistný zájem za trvání pojištění.
2. Je-li důvodem zániku pojištění pojistná událost, zaniká pojištění k datu vzniku pojistné události. Je-li tímto důvodem uplynutí sjednané doby, zaniká pojištění ve 24.00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.
3. V případě zániku pojištění pro neplacení pojistného zaniká pojištění marným uplynutím lhůty k zaplacení dlužného pojistného, kterou stanovila pojišťovna v upomínce odeslané pojistníkovi; tato lhůta nebude kratší než jeden měsíc. Pojistník bude v upomínce na možnost zániku pojištění upozorněn.
4. Výpověď pojištění je možno provést zejména následujícími způsoby:
  - a) Pojistník může pojištění písemně vypovědět ke konci pojistného období; taková výpověď musí být po-

jišťovně doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období. Je-li výpověď doručena později, pojištění zaniká ke konci následujícího pojistného období.

- b) Pojišťovna nebo pojistník mohou pojištění vypovědět do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s osmidenní výpovědní dobou po doručení výpovědi druhé smluvní straně. Uplynutím výpovědní doby pojištění zaniká.
5. Odstoupením od pojistné smlouvy je možné z následujících důvodů:
    - a) Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávání pojištění (resp. skutečností, které mají význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda zájemce o pojištění pojistí a za jakých podmínek), má pojišťovna právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvu neuzavřela. Toto právo může pojišťovna uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistila, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
    - b) Pojistník má právo odstoupit od pojistné smlouvy, jestliže mu pojišťovna nebo její pojišťováci zprostředkovatel nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Stejně právo pojistník má, pokud ho pojišťovna nebo její pojišťováci zprostředkovatel neupozornil na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a požadavky pojistníka, kterých si pojišťovna musela být vědoma.
    - c) Ve lhůtě 30 kalendářních dní ode dne uzavření pojistné smlouvy má pojistník právo od pojistné smlouvy odstoupit i bez udání důvodu. V případě uzavření pojistné smlouvy pomocí prostředků komunikace na dálku se tato lhůta počítá ode dne, kdy byl pojistník pojišťovnou informován, že byla pojistná smlouva uzavřena.
  6. Odstoupením od pojistné smlouvy se pojistná smlouva od počátku ruší. Pojišťovna je povinna nejpozději ve lhůtě do 30 kalendářních dní ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnila. V případě odstoupení pojišťovny od pojistné smlouvy se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojišťovna povinen vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
  7. Pojišťovna může odmítnout pojistné plnění s následkem zániku pojištění, jestliže byly současně splněny následující tři podmínky:
    - a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se pojišťovna dozvěděla až po vzniku pojistné události, a
    - b) kterou pojišťovna nemohla zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně, a to v důsledku toho, že pojistník a/nebo pojištěný úmyslně zodpověděl písemné dotazy pojišťovny nepravdivě nebo neúplně, a
    - c) jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy pojišťovna tuto smlouvu neuzavřela, nebo by ji uzavřela za jiných podmínek.Pojištění zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění podle tohoto odstavce. Zaplacené pojistné pojišťovna nevrací.
  8. Stanoví-li tak zvláštní pojistné podmínky, má pojistník právo, aby na jeho písemnou žádost pojištění zaniklo s výplatou odkupného. Odkupné je pak splatné nejpozději do 3 měsíců ode dne, kdy byla žádost pojistníka doručena do pojišťovny. Výplatou odkupného pojištění zaniká. Výši odkupného stanoví pojišťovna na základě pojistné matematických metod, přičemž vlastní způsob výpočtu výše odkupného je specifikován v příslušných zvláštních pojistných podmínkách. Výše odkupného se nerovná součtu zaplaceného pojistného.
  9. Je-li pojistník odlišný od pojištěného a nejedná-li se o skupinové pojištění, vyžaduje se k vyplacení odkupného písemný souhlas pojištěného.
  10. Zákon nebo zvláštní pojistné podmínky mohou stanovit i další způsoby zániku pojištění.
  11. Zanikne-li pojištění hlavního krytí, zaniká dnem jeho zániku i sjednané připojištění. Připojištění lze samostatně vypovědět či jinak ukončit, nestanoví-li zvláštní pojistné podmínky jinak.

#### Článek 8 – Kdo má nárok na pojistné plnění, jak o něj požádat a jak bude vyplaceno?

1. V případě pojistné události, s výjimkou smrti pojištěného, je oprávněnou osobou pojištěný, nestanoví-li zvláštní pojistné podmínky nebo pojistná smlouva jinak.
2. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, může pojistník určit obmyšleného jako oprávněnou osobu. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení písemného sdělení do pojišťovny. Nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby určené platnými právními předpisy.
3. V případě vzniku pojistné události je pojistník povinen bez zbytečného odkladu pojišťovně:
  - a) oznámit, že nastala pojistná událost;
  - b) podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, o právech třetích osob a o jakémkoliv vícenásobném pojištění;
  - c) předložit potřebné doklady;
  - d) podrobit se na vyzvání pojišťovny lékařské prohlídce a povinné identifikaci;
  - e) oznámit údaje potřebné k provedení výplaty pojistného plnění a
  - f) dále postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě.

Není-li pojistník současně pojištěným, má tyto povinnosti pojištěný. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti obmyšlený. Stejně oznámení může učinit i jakákoliv osoba, která má na pojistném plnění právní zájem. **Pojistná událost se oznamuje na předepsaném tiskopise pojišťovny „Oznámení pojistné události“.** Dokud tyto povinnosti oprávněná osoba nesplní, pojišťovna pojistné plnění nevyplatí, popř. nezačne s výplatou důchodu nebo jejich vyplácení zastaví. Doklady předkládané v rámci oznámení a šetření pojistné události si pojišťovna ponechává.

4. Pokud je pojistnou událostí dožití se sjednaného konce pojištění, je pojistné plnění splatné do 1 měsíce ode dne pojistné události. U ostatních pojistných událostí je pojistné plnění splatné do 15 pracovních dní po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit. Šetření musí být provedeno bez zbytečného odkladu, a nemůže-li být skončeno do 3 měsíců poté, co byla pojišťovně pojistná událost oznámena, je pojišťovna povinna poskytnout na žádost osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, přiměřenou zálohu. To neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít. Šetření je skončeno, jakmile pojišťovna sdělí jeho výsledek osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění.
5. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou v době trvání pojištění kdekoli, pokud zvláštní pojistné podmínky nestanoví jinak. Zvláštní pojistné podmínky blíže stanoví, co se rozumí pojistnou událostí a kdy vzniká povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění. Úraz nebo nemoc, jejichž následkem dojde k pojistné události, musí nastat v době trvání pojištění/ připojištění a případně též po uplynutí sjednané čekací doby, je-li čekací doba ve zvláštních pojistných podmínkách pro připojištění stanovena.
6. Pojišťovna není povinna poskytnout pojistné plnění, odvolal-li pojištěný souhlas se zpracováním údajů o svém zdravotním stavu, a to až do doby, než bude takový souhlas znovu udělen.
7. Obsahuje-li oznámení pojistné události vědomě nepravdivé nebo hrubě zkresené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události anebo jsou-li v něm údaje týkající se této události vědomě zamlčeny, má pojišťovna právo na náhradu nákladů, které účelně vynaložila na šetření skutečností, ve vztahu k nimž jí tyto údaje byly sděleny nebo zamlčeny. Má se za to, že pojišťovna vynaložila náklady v prokázané výši účelně. Vyvolá-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje na pojistné plnění právo, náklady šetření nebo jejich zvýšení porušením své povinnosti, má pojišťovna vůči němu právo na přiměřenou finanční náhradu.
8. Pojišťovna je oprávněna proti pohledávce na pojistné plnění započít dlužné pojistné a jakoukoliv jinou svou pohledávku z pojištění. **Pojišťovna je oprávněna proti pohledávce na pojistné plnění započít i své již promlčené pohledávky z pojištění.**
9. **Je-li na pojistné smlouvě evidován přeplatek na pojistném, pojišťovna je oprávněna vypořádat takový přeplatek formou jeho připočtení k pojistnému plnění.**

#### Článek 9 – Kdy má pojišťovna právo snížit vyplácené pojistné plnění?

1. Pojišťovna je oprávněna podle okolností snížit pojistné plnění v kterémkoliv z následujících případů:

- a) zemřel-li pojištěný v souvislosti s nedbalostním jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, a to maximálně o 50 %;
  - b) zemřel-li pojištěný v souvislosti s úmyslným jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, a to minimálně o 50 %;
  - c) došlo-li k pojistné události v souvislosti s požitím alkoholu či aplikace omamných nebo psychotropních látek pojištěným, včetně zneužití léku pojištěným, nebo pokud k pojistné události došlo v důsledku opakovaného požívání alkoholu či opakované aplikace uvedených látek pojištěným či v souvislosti s nimi, a to maximálně o 50 %;
  - d) došlo-li k pojistné události následkem hrubého porušení právních předpisů, které byl pojištěný povinen dodržovat při činnosti, v jejímž důsledku nebo v souvislosti s níž došlo k pojistné události, a to maximálně o 50 %.
2. Bylo-li v důsledku porušení povinností pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné, má pojišťovna právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržela, k pojistnému, které měla obdržet.
  3. Mělo-li porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejich následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah povinností pojišťovny plnit.
  4. Dojde-li k pojistné události v období mezi zvýšením pojistné částky a připsáním prvního pojistného zvýšeného na základě této změny na účet pojišťovny, je pojišťovna oprávněna snížit pojistné plnění na pojistnou částku platnou před datem účinnosti změny pojistné smlouvy. To neplatí, došlo-li ke změně pojistné smlouvy v souvislosti s protinflačním programem.
  5. Dojde-li při oznámení zvýšení pojistného rizika k pojistné události v období mezi dnem, kdy se pojišťovnou navržené zvýšení pojistného považuje za odsouhlasené pojistníkem, a dnem účinnosti této změny, včetně připsání prvního pojistného zvýšeného na základě této změny na účet pojišťovny, je pojišťovna oprávněna snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržela, k odsouhlasenému navyšenému pojistnému dle zvýšeného pojistného rizika. Poruší-li pojištěný povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržela, k pojistnému, které by měla obdržet, kdyby povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika porušena nebyla.
  6. Pojišťovna je oprávněna podle okolností snížit pojistné plnění i v dalších případech stanovených zvláštními pojistnými podmínkami nebo platnými právními předpisy.

#### Článek 10 – Na které případy se pojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?

1. Právo na pojistné plnění nevznikne v případě smrti pojištěného následkem sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu v době 2 let od počátku pojištění. Jestliže by podle zvláštních pojistných podmínek měl pojištěný k datu úmrtí pojištěného nárok na odkupné, vyplátí pojišťovna oprávněné osobě namísto pojistného plnění pro případ smrti částku odpovídající hodnotě odkupného. V opačném případě zaniká pojištění smrtí pojištěného bez náhrady. Pokud úmrtí pojištěného došlo následkem sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu během 2 let po jakémkoliv zvýšení pojistné částky, je pojišťovna oprávněna snížit pojistné plnění na nejnižší pojistnou částku platnou za poslední 2 roky před jeho úmrtím.
2. Právo na pojistné plnění nevznikne v případě škodné události způsobené v důsledku nebo v souvislosti s válečnou událostí, vzpourou, povstáním, revolucí, událostmi, převraty, terorismem, mezinárodní mírovou misí nebo při výkonu aktivní služby v jakýchkoliv ozbrojených složkách, je-li služba vykonávána při extrémně rizikových činnostech, jako jsou zahraniční mise v krizových oblastech hrožícího nebo probíhajícího ozbrojeného konfliktu (vyhlášených Ministerstvem zahraničních věcí České republiky), výkon služby během války, občanské války a podobných mimořádných stavů. Je-li škodnou událostí smrt a podle zvláštních pojistných podmínek by měl pojištěný k datu úmrtí pojištěného nárok na odkupné, vyplátí pojišťovna oprávněné osobě namísto pojistného plnění pro případ smrti částku odpovídající hodnotě

odkupného. V opačném případě zaniká pojištění smrtí pojištěného bez náhrady.

3. **Osoba, která má vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude:**
  - a) pokud v souvislosti s pojistnou událostí byli oprávněná osoba a/nebo pojištěný (je-li oprávněnou osobou jiná osoba než pojištěný) soudem pravomocně uznáni vinnými z úmyslného trestného činu, nebo
  - b) pokud v souvislosti se shora uvedeným nebylo trestní stíhání vůči nim zahájeno z důvodu nepřipustnosti trestního stíhání nebo pro nepřičetnost oprávněné osoby a/nebo pojištěného (je-li oprávněnou osobou jiná osoba než pojištěný) nebo toto stíhání bylo zastaveno, podmíněně zastaveno, přerušeno či došlo k narovnání.

Pokud je orgány činnými v trestním řízení vedeno přípravné řízení nebo trestní stíhání proti pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě v souvislosti s pojistnou událostí nebo pojištěním, pojišťovna není povinna plnit, a to až do vydání pravomocného rozhodnutí ve věci.

4. Právo na pojistné plnění nevznikne v případě, kdy oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na pojistné plnění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
5. Právo na pojistné plnění nevznikne, způsobila-li úmyslně pojistnou událost buď osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, anebo způsobila-li úmyslně pojistnou událost z jejího podnětu třetí osoba.
6. Další výluky z pojistného plnění stanoví zvláštní pojistné podmínky nebo platné právní předpisy.

#### Článek 11 – Jaká další práva a povinnosti jsou spojeny s pojištěním?

1. Pojištěný nebo pojištěný je povinen informovat pojišťovnu o veškerých změnách skutečností, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě nebo na které se pojišťovna tážala, k nimž dojde během trvání pojištění/připojištění. Tyto informace pojištěný poskytne bez zbytečných odkladů, nejspíše do 1 měsíce ode dne, kdy k příslušné změně došlo. Pojištěný nebo pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně osobních a kontaktních údajů (např. trvalého pobytu, kontaktní adresy, jména, e-mailu či telefonu) a změně dalších údajů uvedených v pojistné smlouvě nebo souvisejících s pojištěním/připojištěním (např. změna pracovní, podnikatelské, sportovní nebo jiné zájmové činnosti, rozhodnutí týkající se invalidity, přiznání starobního důchodu nebo jiných okolností, které mají vliv na pojistné riziko či existenci pojistného zájmu). Tato povinnost se vztahuje obdobně i na pojišťovnu ve vztahu k pojistníkovi.
2. Součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávání pojištění, resp. skutečností, které mají význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda zájemce o pojištění pojistí a za jakých podmínek, včetně dotazů o zdravotním stavu pojištěného. Pojišťovna je oprávněna tyto písemné dotazy klást nejen při uzavírání pojistné smlouvy, ale i při každé její změně, přičemž zdravotní stav pojištěného zkoumá i v rámci šetření pojistné události. Pojištěný a pojištěný jsou povinni odpovědět na všechny dotazy pravdivě a úplně. To samé platí i pro obmyšleného nebo jakoukoliv jinou osobu, která má právní zájem na pojistném plnění. Z odpovědí dotazy úmyslně či z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně, může být následkem odstoupení pojišťovny od pojistné smlouvy, odmítnutí nebo snížení pojistného plnění. Zdravotní stav pojištěného zkoumá pojišťovna zejména na základě dotazníku o zdravotním stavu (není-li nahrazen čestným prohlášením o zdravotním stavu) a případně také na základě zpráv a zdravotnické dokumentace, kterou si vyžádá sama nebo prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení od ošetřujícího lékaře pojištěného či lékaře speciality. Na žádost pojišťovny je pojištěný rovněž povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou, tj. pojišťovna je oprávněna v odůvodněných případech přezkoumat zdravotní stav pojištěného lékařem, kterého sama určí.
3. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu uděluje pojištěný nebo pojištěný pojišťovně písemně pojistné smlouvy, popř. podpisem návrhu na její změnu, pokud došlo ke změně pojistníka/pojištěného v průběhu trvání pojištění, nebo nejspíše podpisem oznámení pojistné události.
4. Pojišťovna je v souladu s platnými právními předpisy nebo v zájmu ochrany práv pojistníka a pojištěného oprávněna požadovat při provádění některých úkonů

souvisejících s pojištěním úřední ověření podpisu pojistníka a/nebo pojištěného a/nebo oprávněné osoby, popř. provedení identifikace a kontroly této osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování, ověření její totožnosti, popř. požadovat fotokopii jejího průkazu totožnosti.

5. Pojišťovna si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky odborníků, které si určí. Pojišťovna je rovněž oprávněna složit pojistné události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění.
6. Pojišťovna je rovněž oprávněna vyžadovat od pojistníka nebo pojištěného doklady o výši příjmu a délce vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele. Požaduje-li pojišťovna doložit čistý příjem pojistníka nebo pojištěného, rozumí se jím částka odpovídající definici pojmu čistý příjem, která je uvedena v čl. 14 těchto VPP. Čistý příjem se dokládá potvrzením plátce mzdy o příjmech pojistníka nebo pojištěného jako zaměstnance za období 3 po sobě následujících kalendářních měsíců předcházejících dni počátku pojištění nebo vzniku pojistné události, a není-li pojistník nebo pojištěný zaměstnancem, dokládá se ověřenou kopií daňového potvrzení za poslední 1 až 2 zdaňovací období, která předcházejí dni počátku pojištění nebo vzniku pojistné události.

#### Článek 12 – Jaká platí pravidla pro doručování písemností a způsob komunikace s pojišťovnou?

1. Doručování písemností se rozumí výhradně doručení do sídla pojišťovny. Písemnost (tj. oznámení, žádost nebo jakákoliv jiná podání adresovaná pojišťovně) musí být úplná a splňovat formální a obsahové náležitosti stanovené právními předpisy a pojistnou smlouvou. Pokud je písemnost neúplná nebo vykazuje vady, vyveze pojišťovna osobu, která písemnost podala, aby bez zbytečného odkladu doplnila chybějící údaje nebo odstranila její vady. V těchto případech se dnem doručení rozumí až den doručení veškerých chybějících údajů a odstranění všech vad písemnosti.
2. Písemnost, kterou pojišťovna doručuje pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě prostřednictvím provozovatele poštovní služby, se zasílá na kontaktní adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na poslední pojišťovně známou adresu. Poštovní zásilky se považují za doručené sedmým kalendářním dnem ode dne jejich odeslání, nebude-li prokázáno jiné datum doručení.
3. Pro osobní doručování platí, že účinky doručení nastávají momentem převzetí zásilky druhou smluvní stranou. Smluvní strana je povinna toto převzetí a datum převzetí písemně potvrdit na kopii doručované písemnosti nebo na jejím druhopise.
4. Odmítne-li smluvní strana převzetí písemnosti nebo neposkytne-li součinnost k tomu nezbytnou, dohodly se smluvní strany, že se písemnost považuje za doručěnou dnem, kdy došlo z těchto důvodů ke zneumožnění doručení písemnosti.
5. Doručování jakýchkoliv písemností je možné i kurýrní službou, která umožňuje ověření doručení. Písemnosti odeslané tímto způsobem se považují za doručené okamžikem jejich převzetí druhou smluvní stranou.
6. Nestanoví-li pojistná smlouva jinak, veškerá sdělení, oznámení, žádosti nebo jakákoliv jiná podání, jež jsou adresovány pojišťovně ve vztahu k pojištění, se činí písemnou formou, zpravidla na předepsaném tiskopise, který je dostupný na internetových stránkách pojišťovny nebo u příslušného pojišťovčáka zprostředkovatele pojišťovny. Pojistná smlouva může stanovit, v kterých případech je možné pro komunikaci mezi smluvními stranami použít i jinou formu, zejména e-mailový nebo telefonický kontakt.
7. Požadavek písemné formy bude rovněž považován za splněný, pokud bude příslušný úkon ze strany pojistníka nebo pojišťovny realizován prostřednictvím klíčového portálu pojišťovny. Pojišťovna bude komunikovat s pojistníkem prostřednictvím klíčového portálu pouze v případě, že pojištěný je řádně registrovaným uživatelem klíčového portálu a jeho pojistná smlouva je v klíčovém portálu evidována. Prostřednictvím klíčového portálu pojišťovny bude v některých případech možné provádět vybrané změny pojistné smlouvy, včetně uzavření nové pojistné smlouvy k vybraným druhům pojištění. Smluvní strany se dohodly, že při komunikaci prostřednictvím klíčového portálu se písemnost zasláná pojistníkem považuje za doručěnou okamžikem, kdy klíčový portál vytvoří zprávu o jejím odeslání, a písemnost zasláná pojišťovnou se považuje za doručěnou okamžikem, kdy se jako nová zpráva zobrazí v prostředí klíčového









k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v prostředí klientského portálu pojišťovny.

### Článek 3 – Kdy mám platit pojistné a v jaké výši?

1. Pojistné je stanoveno jako běžné pojistné s pojistnými obdobími dohodnutými v pojistné smlouvě pro běžné pojistné hlavního krytí.
2. Výše běžného pojistného se rovná násobku pojistné částky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku.

### Článek 4 – Na jakou dobu připojištění sjednávám?

1. Připojištění se sjednává na dobu 1 roku.
2. Připojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek a o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané doby jednoho roku nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto připojištění nemá zájem. Připojištění může být takto opakovaně prodloužováno po dobu trvání hlavního krytí, nejdéle však do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).

### Článek 5 – Na které případy se připojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?

Právo na pojistné plnění nevznikne, pokud smrt úrazem nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti:

- a) se sebevraždou pojištěného, pokusem o ni nebo při úmyslném sebepoškození pojištěného včetně úmyslného nevyhledání lékařské péče nebo úmyslného neobdobání lékařských pokynů, a to bez ohledu na aktuální duševní stav pojištěného;
- b) s diagnostickým, výzkumným, kosmetickým, terapeutickým nebo preventivním zákrokem, který si pojištěný provede nebo nechá provést, a který není z lékařského hlediska nezbytný, včetně všech zákroků nepředepsaných lékařem;
- c) s duševní poruchou pojištěného;
- d) s poruchou nebo ztrátou vědomí pojištěného, náhlou cévní příhodou, epileptickým nebo jiným křečovým záchvatem, který zasáhne celé tělo pojištěného, pokud nebyl úraz jejich výlučnou příčinou;
- e) s rentgenovým, ionizujícím nebo jaderným zářením, které bylo způsobeno výbuchem nebo poruchou těchto zařízení a přístrojů nebo neodborným zacházením odpovědných osob;
- f) s profesionálním provozováním sportu pojištěným;
- g) s výkonem prací pojištěným zakázaných pracovními právními předpisy a předpisy s nimi souvisejícími;
- h) s úrazem pojištěného způsobeným v souvislosti s jakoukoliv jeho nemocí, včetně zhoršení nemoci;
- i) s úrazem pojištěného vzniklým při provozování sportů pojištěným, a to sportů extrémně rizikových nebo sportů provozovaných v extrémních podmínkách a/nebo vyžadujících speciální technické vybavení (jako jsou např. horolezectví a vysokehorská turistika nad 3 000 m. n. m.; potápění s použitím dýchacího přístroje pod 40 metrů a potápění jeskynní, vrakové a pod ledem; závody všech motorových prostředků včetně přípravných zkoušek; všechny aviatické sporty a lety jinými letouny, než jsou letadla licencovaných leteckých dopravců; adrenalinové sporty hazardní povahy, tj. takové, které jsou provozovány bez obvyklého jistění nebo v jiných než obvyklých podmínkách – např. lezení bez jistění lanem, lyžování mimo upravené tratě, cyklistika mimo vyznačené tratě);
- j) s úrazem pojištěného vzniklým při letectví za předpokladu že, pojištěný je účastníkem letu a nejedná se o oficiálně registrované pravidelné nebo charterové lety provozované licencovaným leteckým dopravcem.

### Článek 6 – V jakých situacích připojištění zaniká?

1. Zanikne-li hlavní krytí, zaniká dnem jeho zániku i toto připojištění.
2. Připojištění automaticky zaniká v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění, jenž je uveden v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně), a to ke dni výročí hlavního krytí.
3. Připojištění zaniká uplynutím sjednané doby, není-li připojištění automaticky prodlouženo dle ustanovení čl. 4 odst. 2 těchto ZPP 0012.
4. Další způsoby zániku tohoto připojištění stanoví příslušná ustanovení VPP.

### Článek 7 – Jaká další pravidla se týkají tohoto připojištění?

1. Pojistník nebo pojištěný je povinen informovat pojišťovnu o veškerých změnách skutečností, které byly uvedeny v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) nebo na které se pojišťovna tážala, k nimž dojde během trvání připojištění, a to bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy ke změně došlo. Pojistník nebo pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně osobních/kontaktních údajů a dále o změně dalších údajů, které mají vliv na existenci pojistného zájmu.
2. Je-li pro určitý úkon v těchto ZPP 0012 a/nebo příslušných právních předpisech stanovena lhůta a počátek lhůty připadne na den, který není pracovním dnem, počíná lhůta běžet až nejbližší pracovní den následující. Pojišťovna si vyhrazuje právo přiměřeně prodloužit sjednané lhůty v případě, že dojde k neočekávanému nebo okolnostmi vynucenému technickému přerušení funkčnosti interních systémů pojišťovny.
3. Pojišťovna má právo v případě vzniku rozumné potřeby změny (zejména v návaznosti na vývoj právního prostředí, při změně přístupu příslušného dohledového orgánu, v zájmu zlepšení kvality poskytovaných služeb, v souvislosti s technickým rozvojem nebo z důvodu podstatné změny tržních podmínek) provést přiměřenou změnu těchto ZPP 0012 a/nebo sazebníku. Pojišťovna v takovém případě doručí písemný návrh nového znění ZPP 0012 pojištníkovi na poslední známou kontaktní adresu; jde-li o změnu sazebníku, zveřejní jeho nové znění na internetových stránkách pojišťovny. Den účinnosti změny musí být stanoven tak, aby mezi doručením nového znění ZPP 0012 pojištníkovi a/nebo zveřejněním nového znění sazebníku a dnem účinnosti této změny bylo období nejméně 45 kalendářních dnů. Pojistník má právo změnu těchto ZPP 0012 a/nebo změnu sazebníku, týká-li se tohoto připojištění, odmítnout a současně v takovém případě toto připojištění vypovědět. Vypovědní doba činí 20 kalendářních dní ode dne doručení písemné výpovědi. Nedoručí-li pojistník do sídla pojišťovny nejméně 30 kalendářních dnů před dnem účinnosti změny sdělení, že změnu odmítá a současně připojištění vypovídá, potvrzuje tím svůj souhlas se změnou ZPP 0012 a/nebo sazebníku ve znění, v jakém bylo pojišťovnou navrženo.

### Článek 8 – Od kdy jsou tyto zvláštní pojistné podmínky účinné?

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. května 2015.

### Článek 9 – Slovníček pojmů – jaké pojmy jsou pro mne důležité?

Všechny pojmy, které nejsou vymezeny v tomto článku, mají význam, který je jim přiřazen ve VPP. Pro tyto zvláštní pojistné podmínky se vymežují následující pojmy:

#### Profesionální provozování sportu

Sportovní činnost vykonává jako povolání na základě smlouvy uzavřené se sportovním klubem či jiným subjektem podnikání v této oblasti, pokud je z takové smlouvy zřejmé, že sportovec výkonem sportovní činnosti (formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně) získává finanční prostředky k uspokojování svých potřeb (zpravidla se jedná o jeho hlavní, případně převažující zdroj příjmů); profesionálním provozováním sportu se rozumí i provozování plně kontaktních sportů a sportovní činnost v rámci nejvyšší celostátní seniorské soutěže v příslušném druhu sportu (bez ohledu na obsah či existenci smlouvy), a to i tehdy, pokud vedle sportovní činnosti sportovec vykonává ještě povolání nebo se na výkon budoucího povolání soustavně připravuje studiem na střední nebo vysoké škole.

#### Sazebník

Sazebník pojišťovny obsahující pro jednotlivé druhy hlavního krytí a připojištění sazby pojistného, maximální a minimální limity pojistných částek a výše pojistného, koeficienty maximální pojistné částky ve vztahu k výši pojistného a věku pojištěného a dále také informace o rizikových skupinách a jejich vlivu na výši pojistného; aktuální znění sazebníku je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v sídle pojišťovny.

#### Úraz

Neočekávané a náhlé působení vlastní tělesné síly nebo zevních sil nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání připojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt, přičemž zevními silami se rozumí i nepřerušené působení vysokých nebo nízkých teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu, chemických látek a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických); za způsobenou úrazem se pojistná událost považuje také tehdy, jestliže k ní dojde nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu nebo místním hnisáním po vniknutí choroboplodných

zárodků viru HIV nebo bakterií tetanu do otevřené rány způsobené úrazem. Za úraz se naopak nepovažuje: synoviálnítlida, epikondylitida, tříselná a pupeční kýla, výhřez meziobratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně vertebrogenních algických syndromů, a to ani v případech, kdy je jejich příčinou úraz.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY  
NN ŽIVOTNÍ POJIŠŤOVNA N.V.,  
POBOČKY PRO ČESKOU REPUBLIKU  
PRO PŘIPOJIŠTĚNÍ TYPU

## PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU S PROGRESIVNÍM PLNĚNÍM 0314

### Článek 1 – Které právní dokumenty jsou pro mne důležité a jak se použijí?

1. Tyto zvláštní pojistné podmínky připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním 0314 (dále jen „ZPP 0314“) tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a doplňují je všeobecné pojistné podmínky pojišťovny pro životní pojištění (dále jen „VPP“).
2. Ustanovení těchto ZPP 0314 mají přednost před VPP; konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP 0314.
3. Toto připojištění je možné sjednat pouze jako doplňkové pojištění k hlavnímu životnímu pojištění (dále jen „hlavní krytí“).
4. Pokud jsou ve VPP uvedena ustanovení o možnosti zvyšování pojistné částky bez zkoumání zdravotního stavu, pak se na toto připojištění nevztahují.

### Článek 2 – Co připojištění kryje, na jaké pojistné plnění mám nárok při pojistné události a co se rozumí „progresivním plněním“?

1. Pojistnou událostí tohoto připojištění je úraz, pokud zanechá trvalé následky uvedené v příloze těchto ZPP 0314 a tyto trvalé následky jsou příslušným lékařem u pojištěného diagnostikované do 3 let od úrazu. Trvalé následky úrazu znamenají fyzické nebo funkční tělesné poškození, které je po doléčení příslušným lékařem prohlášeno za trvalý stav.
2. V případě pojistné události vyplatí pojišťovna oprávněné osobě pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události vynásobeného tzv. koeficientem progresu podle níže uvedené tabulky. Toto procento pro výpočet pojistného plnění se stanoví v závislosti na rozsahu a povaze tělesného poškození ohodnocených příslušným odborným lékařem pojišťovny na základě předložené lékařské dokumentace pojištěného, vždy však pouze do výše maximálního procenta plnění uvedeného pro jednotlivé typy trvalých následků v příloze těchto ZPP 0314.

Stanovené procento z pojistné částky pro jednotlivé typy trvalých následků	Koeficient progresu
1–25 % včetně	1
26–50 % včetně	2
51–75 % včetně	3
76–100 %	4

3. V případě poškození více orgánů nebo částí těla jedním úrazovým dějem se příslušná procenta z pojistné částky (maximální % plnění) uvedená pro jednotlivé typy trvalých následků v příloze těchto ZPP 0314 sčítají. V důsledku jedné pojistné události může být pojistné stanoveno maximálně ve výši 100 % pojistné částky (před násobením koeficientem progresu).
4. Jestliže bude následkem jednoho úrazového děje vícečetné postižení jednoho orgánu, končetiny nebo části těla, pojistné plnění za toto postižení určí pojišťovna podle nejvyššího utrpěného stupně postižení daného orgánu, končetiny nebo části těla, tedy nikoli součtem procent z pojistné částky odpovídajících všem jednotlivým postižením téhož orgánu, končetiny nebo části těla pojištěného.
5. V případě částečné ztráty orgánu nebo částečné ztráty jeho funkce bude výše pojistného plnění odvozena od plnění pro úplnou ztrátu orgánu nebo úplnou ztrátu jeho funkce. V případě trvalých následků úrazu, které nejsou v příloze těchto podmínek výslovně uvedeny, určí pojišťovna výši plnění na základě lékařského porovnání jejich závažnosti s následky uvedenými.
6. Pokud má úraz za následek poškození té části těla pojištěného, která byla jakkoli postižena/poškozena již před počátkem tohoto připojištění, bude ohodnocení těchto následků úměrně sníženo tak, aby odpovídalo skutečným následkům daného úrazu. K ohodnocení















024	Pourázové poškození páteře, jehož důsledkem je přiznání částečné invalidity	12 500 Kč
025	Mozková píštěl po poranění spodiny lebni (likvororea)	12 500 Kč
026	Úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu přes 10 cm <sup>2</sup>	12 500 Kč
027	Ztráta čočky na jednom oku (včetně poruchy akomodace)	6 250 Kč
028	Ztráta čoček na obou očích (včetně poruchy akomodace)	12 500 Kč

**ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY  
NN ŽIVOTNÍ POJIŠTOVNY N.V.,  
POBOČKY PRO ČESKOU REPUBLIKU  
PRO POJIŠTĚNÍ TYPU**

**PŘIPOJIŠTĚNÍ DENNÍCH DÁVEK  
ZA DOBU NEZBYTNÉHO LÉČENÍ  
ÚRAZU CNL1**

**Článek 1 – Které právní dokumenty jsou pro mě důležité a jak se použijí?**

- Tyto zvláštní pojistné podmínky připojištění denních dávek za dobu nezbytného léčení úrazu CNL1 (dále jen „ZPP CNL1“) tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a doplňují je všeobecné pojistné podmínky pojišťovny pro životní pojištění (dále jen „VPP“).
- Ustanovení těchto ZPP CNL1 mají přednost před VPP; konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP CNL1.
- Toto připojištění je možné sjednat pouze jako doplňkové pojištění k hlavnímu životnímu pojištění (dále jen „hlavní krytí“).
- Pokud jsou ve VPP uvedena ustanovení o možnosti zvyšování pojistné částky bez zkoumání zdravotního stavu, pak se na toto připojištění nevztahují.**

**Článek 2 – Co připojištění kryje, na jaké pojistné plnění mám nárok při pojistné události?**

- Pojistnou událostí v rámci tohoto připojištění je nezbytné léčení pojištěného následkem úrazu, a to jen jde-li o léčení zranění/tělesného poškození (dále jen „zranění“) uvedeného v příloze k těmto ZPP CNL1.** Nezbytným léčením se rozumí léčení pod dohledem lékaře.
- Nezbytné léčení pojištěného je pojistnou událostí pouze tehdy, pokud je lékařem stanoveno a trvá minimálně v délce 8 po sobě následujících kalendářních dnů. Doba nezbytného léčení stanovuje ošetřující lékař.
- V případě pojistné události vyplatí pojišťovna pojištěnému za každý den nezbytného léčení pojistné plnění ve výši sjednané denní dávky. **Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá hospitalizaci pojištěného delší než 24 po sobě následujících hodin, pak za každý takový den nezbytného léčení s hospitalizací se pojistné plnění vyplácí ve výši dvojnásobku sjednané denní dávky.**
- Nezbytné léčení s hospitalizací je pojistnou událostí, pouze pokud je pojištěný ošetřován v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským vedením, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně uznávaných metod lékařské vědy, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- Pojistné plnění náleží pojištěnému při pojistné události od 1. dne nezbytného léčení do dne, kdy je nezbytné léčení ukončeno, nejpozději však do posledního dne maximální doby nezbytného léčení, za kterou se pojistné plnění vyplácí a která je pro jednotlivé zranění uvedena v příloze k těmto ZPP CNL1 nebo data zániku připojištění podle toho, která z těchto skutečností nastane dříve.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno úrazem několik zranění zároveň, plní pojišťovna jen za dobu nejdelšího nezbytného léčení. Bylo-li pojištěnému způsobeno několik zranění nezávisle na sobě, jejichž doby nezbytného léčení se překrývají, plní pojišťovna vždy pouze jednu denní dávku denně. V případě opakovaného nezbytného léčení téhož úrazu se maximální doba nezbytného léčení, za kterou se pojistné plnění vyplácí, sčítá a v tomto směru je tedy posuzováno jako jedna pojistná událost.
- Pojišťovna vyplatí pojištěnému plnění jednorázově po skončení nezbytného léčení, vždy ale až poté, co jí pojištěný doloží svůj nárok na pojistné plnění (předloží potvrzení lékaře a řádně vyplněný tiskopis Oznámení pojistné události).
- Pojistná událost se označuje bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 1 měsíce po ukončení nezbytného léčení, do sídla pojišťovny, a to na předepsaném tiskopise pojišťovny „Oznámení pojistné události“, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v prostředí klientského portálu pojišťovny. Při opožděném oznámení pojistné události je pojišťovna oprávněna přiměřeně snížit pojistné plnění, a to až o 50 %. Nebude-li pojištěný s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu schopen sám pojišťovně oznámit pojistnou událost ani zažádat o výplatu pojistného plnění, je k oznámení pojistné události oprávněn také pojistník, osoba blízká k pojištěnému či žijící s ním ve společné domácnosti, popř. i jiná osoba, která má na pojistném plnění právní zájem. Pojistné plnění bude v takovém případě vyplaceno na bankovní účet sjednaný pro tyto účely v pojistné smlouvě, neurčí-li pojištěný v rámci šetření pojistné události jinak.**

**9. Pojistnou událostí připojištění nezaniká.**

**Článek 3 – Za jakých podmínek mi poskytne pojišťovna bonus za bezeškodní průběh?**

- S výjimkou prvního roku trvání tohoto připojištění za každý další uplynulý rok trvání tohoto připojištění, ve kterém nebyl vůči pojišťovně uplatňován nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění, poskytne pojišťovna ve prospěch pojistné smlouvy tzv. bonus za bezeškodní průběh ve výši 10 % pojistného, které bylo za toto připojištění zapláceno za předmětný uplynulý rok jeho trvání.
- Bonus za bezeškodní průběh se při splnění podmínek uvedených v odst. 1 tohoto článku přiznává vždy ke dni následujícímu po uplynutí 1 roku sjednané doby trvání připojištění dle čl. 5, odst. 1 těchto ZPP CNL1.
- Pojišťovnou přiznaný bonus za bezeškodní průběh je evidován na pojistné smlouvě, v průběhu trvání připojištění se nezhodnocuje a vyplácí se k zániku hlavního krytí, a to jako součást výplaty prostředků z hlavního krytí, až již se vyplácí ve formě pojistného plnění nebo v jiné formě (např. odkupně).

**Článek 4 – Kdy mám platit pojistné a v jaké výši?**

- Pojistné je stanoveno jako běžné pojistné s pojistnými obdobími dohodnutými v pojistné smlouvě pro běžné pojistné hlavního krytí.
- Výše běžného pojistného se rovná násobku sjednané denní dávky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku.

**Článek 5 – Na jakou dobu připojištění sjednávám?**

- Připojištění se sjednává na dobu 1 roku.
- Připojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek a o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané doby jednoho roku nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto připojištění nemá zájem. Připojištění může být takto opakovaně prodlužováno po dobu trvání hlavního krytí, nejdéle však do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).

**Článek 6 – Na které případy se připojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?**

- Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o nezbytné léčení vymknutí kloubu končetin a toto vymknutí je léčeno jinak než repozicí (napravováním) provedenou lékařem.
- Právo na pojistné plnění nevznikne za nezbytné léčení pohmoždění a/nebo podvrtnutí, pokud v rámci jeho ošetření není provedeno chirurgické, ortopedické nebo traumatologické vyšetření a v případě pohmoždění současně není splněna podmínka otoku, hematomu nebo proskáknutí podkoží.
- Právo na pojistné plnění také nevznikne za nezbytné léčení pohmoždění následkem úrazu, pokud k tomuto úrazu došlo dříve než po uplynutí jednoho roku od předchozího úrazu, jehož následkem bylo rovněž nezbytné léčení pohmoždění. Obdobně platí, že právo na pojistné plnění nevzniká za nezbytné léčení podvrtnutí následkem úrazu, pokud k tomuto úrazu došlo dříve než po uplynutí jednoho roku od předchozího úrazu, jehož následkem bylo také nezbytné léčení podvrtnutí.
- Právo na pojistné plnění nevznikne v případě, že jde o nezbytné léčení vyražení nebo poškození umělých zubů a zubů dočasných (mléčných) anebo odlomení korunky zubu o rozsahu 1/3 a menším, při němž nedošlo ke ztrátě vitality dřeně vyžadující léčení (při odlomení korunky zubu o rozsahu větším než 1/3 nárok na pojistné plnění vzniká).
- Právo na pojistné plnění nevznikne, pokud nezbytné léčení pojištěného následkem úrazu nastalo v přímé nebo nepřímé souvislosti:

- se sebevraždou pojištěného, pokusem o ni nebo při úmyslném sebepoškození pojištěného včetně úmyslného nevyhledání lékařské péče nebo úmyslného nedbání lékařských pokynů, a to bez ohledu na aktuální duševní stav pojištěného;
  - s diagnostickým, výzkumným, kosmetickým, terapeutickým nebo preventivním zákroem, který si pojištěný provede nebo nechá provést, a který není z lékařského hlediska nezbytný, včetně všech zákroků nepředepsaných lékařem;
  - s duševní poruchou pojištěného;
  - s poruchou nebo ztrátou vědomí pojištěného, náhlou cévní příhodou, epileptickým nebo jiným křečovým záchvatem, který zasáhne celé tělo pojištěného, pokud nebyl úraz jejich výlučnou příčinou;
  - s rentgenovým, ionizujícím nebo jaderným zářením, které bylo způsobeno výbuchem nebo poruchou těchto zařízení a přístrojů nebo neodborným zacházením odpovědných osob;
  - s profesionálním provozováním sportu pojištěným;
  - s výkonem prací pojištěným, které jsou zakázány pracovněprávními předpisy a předpisy s nimi souvisejícími;
  - s úrazem pojištěného, který nastal v souvislosti s jakoukoliv jeho nemocí, včetně zhoršení nemoci, nebo v souvislosti s chronickými zdravotními komplikacemi existujícími před takovým úrazem;
  - se zhoršením nemoci pojištěného, ke kterému došlo v důsledku úrazu pojištěného;
  - s úrazem pojištěného vzniklým při provozování sportů pojištěným, a to sportů extrémně rizikových nebo sportů provozovaných v extrémních podmínkách a/nebo vyžadujících speciální technické vybavení (jako jsou např. horolezectví a vysokohorská turistika nad 3 000 m. n. m.; potápění s použitím dýchacího přístroje pod 40 metrů a potápění jeskynní, vrakové a pod ledem; závody všech motorových prostředků včetně přípravných zkoušek; všechny aviatické sporty a lety jinými letouny, než jsou letadla licencovaných leteckých dopravců; adrenalinové sporty hazardní povahy, tj. takové, které jsou provozovány bez obvyklého jistění nebo v jiných než obvyklých podmínkách – např. lezení bez jistění lanem, lyžování mimo upravené tratě, cyklistika mimo vyznačené tratě);
  - s úrazem pojištěného vzniklým při letectví za předpokladu že, pojištěný je účastníkem letu a nejedná se o oficiálně registrované pravidelné nebo charterové lety provozované licencovaným leteckým dopravcem.
- Právo na pojistné plnění navíc nevznikne, pokud:
    - jde o léčebný pobyt pojištěného v sanatoriích, lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech nebo rehabilitačních odděleních léčebných zařízení; to neplatí v případech, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení úrazu pojištěného a pojišťovna s tímto pobytém vyjádřila předem písemný souhlas;
    - jde o léčebný pobyt pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti;
    - jde o hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních onemocněních a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních, při pobytu pojištěného v ústavech sociální péče a na ošetřovných vojenských útvarů;
    - jde o hospitalizaci pojištěného, která souvisí pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče, či jde jen o částečnou hospitalizaci s denní nebo noční léčbou.

**Článek 7 – V jakých situacích připojištění zaniká?**

- Zanikne-li hlavní krytí, zaniká dnem jeho zániku i toto připojištění.
- Zemře-li pojištěný v průběhu trvání tohoto připojištění, zaniká dnem jeho úmrtí toto připojištění bez náhrady.
- Připojištění automaticky zaniká v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění, jenž je uveden v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně), a to ke dni výročí hlavního krytí.
- Připojištění zaniká uplynutím sjednané doby, není-li připojištění automaticky prodlouženo dle ustanovení čl. 5 odst. 2 těchto ZPP CNL1.
- Další způsoby zániku tohoto připojištění stanoví příslušná ustanovení VPP.



076 Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfyzémem	do 28 dnů	128 Pohmoždění varlat a šourku těžšího stupně	do 35 dnů	181 Vymknutí kosti pažní (ramene) léčené konzervativně	do 35 dnů
077 Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty řešeno konzervativně	do 28 dnů	129 Pohmoždění těžšího stupně zevního genitálu ženy	do 35 dnů	182 Vymknutí kosti pažní (ramene) léčené operativně	do 42 dnů
078 Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené operativně	do 49 dnů	130 Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčené konzervativně	do 63 dnů	183 Vymknutí předloktí léčené konzervativně	do 35 dnů
079 Poranění oka vyžadující bezprostřední vymezení oka	do 49 dnů	131 Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčené operativně	do 84 dnů	184 Vymknutí předloktí léčené operativně	do 42 dnů
080 Poranění oka vyžadující bezprostřední vymezení obou očí	do 98 dnů	132 Roztržení nebo rozdrčení ledviny vedoucí k jejímú odnětí	do 70 dnů	185 Vymknutí zápěstí (kosti lunární a luxace perilunární) konzervativně	do 49 dnů
081 Poranění okohybného aparátu s diplopií	do 70 dnů	133 Roztržení močového měchýře	do 84 dnů	186 Vymknutí zápěstí (kosti lunární a luxace perilunární) operativně	do 64 dnů
<b>3) Ucho</b>		134 Roztržení močové trubice	do 84 dnů	187 Vymknutí zápřstních kostí	do 35 dnů
082 Proděravění bubínku bez zlomeniny lebních kostí a bez druhotné infekce	do 14 dnů	<b>9) Páteř</b>		188 Vymknutí základních nebo druhých a třetích článků jednoho prstu	do 28 dnů
083 Proděravění bubínku bez zlomeniny lebních kostí a s druhotnou infekcí léčené konzervativně	do 30 dnů	135 Zlomeniny trnových a příčných výběžků jednoho	do 28 dnů	189 Vymknutí základních nebo druhých a třetích článků dvou a více prstů	do 35 dnů
084 Proděravění bubínku bez zlomeniny lebních kostí a s druhotnou infekcí léčené operativně	do 49 dnů	136 Zlomeniny trnových a příčných výběžků dvou a více	do 49 dnů	190 Zlomenina těla lopatky	do 49 dnů
085 Otřes labyrintu	do 28 dnů	137 Kompresivní a okrajové zlomenina jednoho obratlového těla léčená klidem na lůžku	do 42 dnů	191 Zlomenina krčku lopatky	do 49 dnů
<b>4) Zuby</b>		138 Kompresivní a okrajové zlomeniny dvou a více obratlových těl léčené klidem na lůžku	do 63 dnů	192 Zlomenina klíčku neúplná	do 21 dnů
086 Ztráta nebo nutná extrakce dvou až šesti trvalých zubů následkem působení zevního násilí (nikoliv skousnutí)	do 14 dnů	139 Zlomeniny C páteře léčené repozicí nebo korzetem	do 90 dnů	193 Zlomenina klíčku úplná bez posunutí úlomků	do 28 dnů
087 Ztráta nebo nutná extrakce sedmi a více trvalých zubů následkem působení zevního násilí (nikoliv skousnutí)	do 28 dnů	140 Zlomeniny C páteře léčené operací	do 90 dnů	194 Zlomenina klíčku úplná s posunutím úlomků	do 35 dnů
088 Uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho i více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	do 48 dnů	141 Zlomeniny Th páteře léčené repozicí nebo korzetem	do 90 dnů	195 Zlomenina klíčku úplná operovaná	do 56 dnů
089 Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou	do 42 dnů	142 Zlomeniny Th páteře léčené operací	do 90 dnů	196 Zlomenina klíčku úplná operovaná (otevřená)	do 63 dnů
<b>5) Krk</b>		143 Zlomeniny L páteře léčené repozicí nebo korzetem	do 90 dnů	197 Zlomenina horního konce kosti pažní – velkého hrbolku bez posunutí	do 35 dnů
090 Poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu	do 90 dnů	144 Zlomeniny L páteře léčené operací	do 90 dnů	198 Zlomenina horního konce kosti pažní – velkého hrbolu s posunutím	do 35 dnů
091 Perforující poranění hrtanu	do 112 dnů	145 Pohmoždění krajiny krční, hrudní, bederní, sakrální a kostrče (nutná evakuace hematomu)	do 21 dnů	199 Zlomenina horního konce kosti pažní – roztržená zlomenina hlavice	do 49 dnů
092 Perforující poranění průdušnice	do 112 dnů	146 Podvrtnutí krční, hrudní nebo bederní páteře	do 10 dnů	200 Zlomenina horního konce kosti pažní – chirurgického krčku bez posunutí	do 42 dnů
093 Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	do 80 dnů	<b>10) Pánev</b>		201 Zlomenina horního konce kosti pažní – chirurgického krčku s posunutím	do 42 dnů
094 Poškození hlasivek následkem úrazu bez trvalých následků	do 21 dnů	147 Zlomenina lopaty kosti kyčelní konzervativně	do 42 dnů	202 Zlomenina horního konce kosti pažní – chirurgického krčku zaklíněná	do 56 dnů
095 Poškození hlasivek následkem úrazu s trvalým následkem	do 60 dnů	148 Zlomenina lopaty kosti kyčelní operativně	do 63 dnů	203 Zlomenina horního konce kosti pažní – chirurgického krčku luxační nebo operovaná	do 112 dnů
096 Pohmoždění hrtanu a účinek dráždivých plynů na hlasivky a sliznice polykacích a dýchacích orgánů	do 28 dnů	149 Zlomenina lopaty kosti kyčelní operativně (otevřená)	do 120 dnů	204 Zlomenina těla kosti pažní neúplná	do 35 dnů
<b>6) Hrudník</b>		150 Zlomenina sedacího hrbolu	do 42 dnů	205 Zlomenina těla kosti pažní úplná bez posunutí úlomků	do 42 dnů
097 Roztržení plic	do 56 dnů	151 Zlomenina raménka stydké kosti jednostranná	do 28 dnů	206 Zlomenina těla kosti pažní úplná s posunutím úlomků	do 49 dnů
098 Úrazové poškození srdce echokardiologicky prokázané	do 90 dnů	152 Zlomenina raménka stydké kosti oboustranná	do 63 dnů	207 Zlomenina těla kosti pažní otevřená nebo operovaná	do 56 dnů
099 Roztržení bránice	do 84 dnů	153 Zlomenina symfýzy (spona stydkých kostí)	do 63 dnů	208 Zlomenina kosti pažní nad kondyly u dětí	do 49 dnů
100 Zlomeniny kosti hrudní bez posunutí úlomků	do 35 dnů	154 Zlomeniny kosti křížové	do 56 dnů	209 Zlomenina kosti pažní nad kondyly neúplná	do 42 dnů
101 Zlomeniny kosti hrudní s posunutím úlomků	do 60 dnů	155 Zlomenina kostrče	do 21 dnů	210 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná bez posunutí úlomků	do 49 dnů
102 Zlomeniny jednoho žebra rentgenologicky prokázané	do 21 dnů	156 Pohmoždění pánve	do 10 dnů	211 Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná s posunutím úlomků	do 56 dnů
103 Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané – dvou až pěti	do 35 dnů	<b>11) Kloubní jamka – acetabulum</b>		212 Zlomenina kosti pažní nad kondyly otevřená nebo operovaná	do 63 dnů
104 Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané – šesti a více	do 63 dnů	157 Zlomenina acetabula	do 70 dnů	213 Zlomenina humeru v oblasti lokte léčená konzervativně	do 42 dnů
105 Dvířková zlomenina žeber (vyražená) – dvou až čtyř	do 63 dnů	158 Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	do 196 dnů	214 Zlomenina humeru v oblasti lokte léčená operativně	do 70 dnů
106 Dvířková zlomenina žeber (vyražená) – pěti a více	do 98 dnů	<b>12) Horní končetina</b>		215 Zlomenina okovce kosti loketní léčená konzervativně	do 35 dnů
107 Dvířková zlomenina kosti hrudní	do 98 dnů	159 Pohmoždění ramenního kloubu (jen s periartritidou)	do 21 dnů	216 Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně	do 63 dnů
108 Spontánní pneumotorax	neplní se	160 Pohmoždění paže, předloktí, ruky, kloubu horní končetiny, nebo jednoho a více prstů ruky s nutnou fixací	do 10 dnů	217 Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně (otevřená)	do 70 dnů
109 Poúrazový pneumotorax zavřený	do 49 dnů	161 Přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů prstu na ruce	do 50 dnů	218 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní léčená konzervativně	do 35 dnů
110 Poúrazový pneumotorax otevřený	do 49 dnů	162 Přetržení úponu šlachy prstů ruky (dorsální aponeurosa)	do 14 dnů	219 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní léčená operativně	do 63 dnů
111 Poúrazové krvácení do hrudníku léčené konzervativně	do 49 dnů	163 Přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů prstu v zápěstí	do 50 dnů	220 Zlomenina jedné kosti předloktí léčená konzervativně	do 42 dnů
112 Poúrazové krvácení do hrudníku léčené operativně	do 63 dnů	164 Natržení svalu nadhřebenového (rotátorová manžeta)	do 42 dnů	221 Zlomenina jedné kosti předloktí léčená operativně	do 49 dnů
113 Pohmoždění hrudní stěny	do 10 dnů	165 Úplné přetržení svalu nadhřebenového léčené operativně	do 49 dnů	222 Zlomenina jedné kosti předloktí léčená operativně (otevřená)	do 70 dnů
<b>7) Břicho</b>		166 Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčené konzervativně	do 28 dnů	223 Zlomenina obou kostí předloktí léčená konzervativně	do 52 dnů
114 Rána pronikající do dutiny břišní bez poranění nitrobršních orgánů	do 21 dnů	167 Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčené operativně	do 42 dnů	224 Zlomenina obou kostí předloktí léčená operativně	do 63 dnů
115 Roztržení jater	do 42 dnů	168 Přetržení vazů ramene léčené operativně	do 42 dnů	225 Zlomenina obou kostí předloktí léčená operativně (otevřená)	do 112 dnů
116 Roztržení jater – léčené operativně	do 120 dnů	169 Podvrtnutí mezi klíčkem a lopatkou Tossy I	do 14 dnů	226 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (Collesova, Smithova, zlomenina distální epifýzy odlomením bodcovitého výběžku kosti loketní) bez posunutí úlomků	do 42 dnů
117 Zhmoždění sleziny	do 35 dnů	170 Podvrtnutí mezi klíčkem a lopatkou Tossy II	do 21 dnů	227 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (Collesova, Smithova, zlomenina distální epifýzy odlomením bodcovitého výběžku kosti loketní) s posunem úlomků	do 56 dnů
118 Roztržení sleziny	do 56 dnů	171 Podvrtnutí mezi klíčkem a kostí hrudní	do 21 dnů	228 Zlomenina kosti člunkové neúplná	do 49 dnů
119 Roztržení (rozmoždění) slinivky břišní léčené konzervativně	do 63 dnů	172 Podvrtnutí ramenního kloubu (nutná fixace – Desaultův obvaz)	do 21 dnů	229 Zlomenina kosti člunkové úplná	do 56 dnů
120 Roztržení (rozmoždění) slinivky břišní léčené operativně	do 84 dnů	173 Podvrtnutí loketního kloubu (nutná pevná fixace)	do 21 dnů	230 Zlomenina kosti člunkové léčená operativně	do 70 dnů
121 Úrazové proděravění žaludku	do 42 dnů	174 Podvrtnutí zápěstí (nutná pevná fixace)	do 21 dnů	231 Zlomenina kosti člunkové komplikovaná nekrosou	do 90 dnů
122 Úrazové proděravění dvanáctníku	do 42 dnů	175 Podvrtnutí základních kloubů prstů ruky s pevnou fixací	do 10 dnů		
123 Roztržení tenkého střeva	do 42 dnů	176 Podvrtnutí mezičlánkových kloubů prstů ruky s pevnou fixací	do 10 dnů		
124 Roztržení tlustého střeva	do 42 dnů	177 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní léčené konzervativně	do 28 dnů		
125 Pohmoždění břišní stěny	do 14 dnů	178 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní léčené operativně	do 42 dnů		
<b>8) Ústrojí urogenitální</b>		179 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou léčené konzervativně	do 35 dnů		
126 Pohmoždění ledviny (s hematurii)	do 35 dnů	180 Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou léčené operativně	do 42 dnů		
127 Pohmoždění pyje těžšího stupně	do 35 dnů				

232	Zlomenina jiné kosti zápěstní	do 42 dnů	281	Úplné odtržení zkříženého vazů kolenního léčené operativně	do 42 dnů	330	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená konzervativně	do 42 dnů
233	Zlomenina několika kostí zápěstních	do 70 dnů	282	Provedení plastika zkříženého vazů kolenního léčené operativně	do 42 dnů	331	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená operativně	do 56 dnů
234	Luxační zlomenina baze první kosti zápěstní (Bennettova) léčená konzervativně	do 42 dnů	283	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené konzervativně	do 21 dnů	332	Zlomenina kondylů kosti holenní neúplná (jednoho nebo obou)	do 64 dnů
235	Luxační zlomenina baze první kosti zápěstní (Bennettova) léčená operativně	do 56 dnů	284	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené operativně suturem částečnou nebo úplnou menisektomií – Menisektomie	do 21 dnů	333	Zlomenina kondylů kosti holenní úplná bez posunutí úločku (jednoho nebo obou)	do 74 dnů
236	Zlomenina kosti zápěstní neúplná	do 28 dnů		– Sutura menisku s následnou pevnou fixací	do 42 dnů	334	Zlomenina kondylů kosti holenní úplná s posunutím úločku (jednoho nebo obou)	do 84 dnů
237	Zlomenina kosti zápěstní úplná bez posunutí úločku	do 35 dnů	285	Poranění zevního nebo vnitřního menisku – stav po distorzi s negativním artroskopickým nálezem	do 21 dnů	335	Zlomenina kondylů kosti holenní úplná s posunutím úločku (jednoho nebo obou) otevřená	do 120 dnů
238	Zlomenina kosti zápěstní úplná s posunutím úločku	do 35 dnů	286	Vymknutí stehenní kosti (v kyčli) léčené konzervativně (nutné doložit RTG)	do 63 dnů	336	Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenného kloubu)	do 28 dnů
239	Zlomenina kosti zápěstní otevřená nebo operovaná	do 42 dnů	287	Vymknutí stehenní kosti (v kyčli) léčené operativně	do 120 dnů	337	Zlomenina kosti holenní léčená konzervativně	do 84 dnů
240	Zlomenina jednoho článku prstu ruky neúplná nebo úplná bez posunu úločku	do 28 dnů	288	Vymknutí česky léčené konzervativně	do 21 dnů	338	Zlomenina obou kostí bérce léčená konzervativně	do 92 dnů
241	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu ruky s posunutím úločku	do 28 dnů	289	Vymknutí česky léčené operativně	do 42 dnů	339	Zlomenina kosti holenní léčená operativně	do 84 dnů
242	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu ruky otevřená nebo operovaná	do 35 dnů	290	Vymknutí bérce léčené konzervativně (s nutnou hospitalizací – min. 24 hodin)	do 70 dnů	340	Zlomenina kosti holenní léčená operativně (otevřená)	do 120 dnů
243	Zlomenina několika článků jednoho prstu ruky – neúplná nebo úplná bez posunutí úločku	do 35 dnů	291	Vymknutí bérce léčené operativně	do 60 dnů	341	Zlomenina obou kostí bérce léčená operativně	do 100 dnů
244	Zlomenina několika článků jednoho prstu ruky – úplná s posunutím úločku	do 35 dnů	292	Vymknutí hlezenné kosti léčené konzervativně	do 42 dnů	342	Zlomenina vnitřního kotníku nebo zadní hrany tibiae, Weber A	do 56 dnů
245	Zlomenina několika článků jednoho prstu ruky – otevřená nebo operovaná	do 42 dnů	293	Vymknutí hlezenné kosti léčené operativně	do 70 dnů	343	Zlomenina vnitřního kotníku nebo zadní hrany tibiae, Weber A (otevřená)	do 84 dnů
246	Zlomenina článků dvou nebo více prstů ruky – neúplná nebo úplná bez posunutí úločku	do 35 dnů	294	Vymknutí pod hlezennou kostí léčené konzervativně	do 42 dnů	344	Zlomenina zevního kotníku Weber B a C a bimalleolární zlomenina	do 84 dnů
247	Zlomenina článků dvou nebo více prstů ruky – úplná s posunutím úločku	do 35 dnů	295	Vymknutí pod hlezennou kostí léčené operativně	do 60 dnů	345	Zlomenina zevního kotníku Weber B a C a bimalleolární zlomenina	do 98 dnů
248	Zlomenina článků dvou nebo více prstů ruky – otevřená nebo operovaná	do 42 dnů	296	Vymknutí nártních kostí (jedné nebo více) léčené konzervativně	do 35 dnů	346	Trimalleolární zlomenina kotníku Weber C	do 98 dnů
249	Amputace – exartikulace v ramenním kloubu	do 252 dnů	297	Vymknutí nártních kostí (jedné nebo více) léčené operativně	do 70 dnů	347	Trimalleolární zlomenina kotníku Weber C (otevřená)	do 120 dnů
250	Amputace paže	do 196 dnů	298	Vymknutí zánártních kostí (jedné nebo více) léčené konzervativně	do 35 dnů	348	Zlomenina pylonu tibiae konzervativně	do 98 dnů
251	Amputace jednoho předloktí	do 100 dnů	299	Vymknutí zánártních kostí (jedné nebo více) léčené operativně	do 60 dnů	349	Zlomenina pylonu tibiae operativně	do 120 dnů
252	Amputace obou předloktí	do 365 dnů	300	Vymknutí základních kloubů nohy – palce nebo více prstů	do 28 dnů	350	Zlomenina pylonu tibiae léčená zevním fixátorem	do 120 dnů
253	Amputace jedné ruky	do 100 dnů	301	Vymknutí základních kloubů nohy – jednoho prstu mimo palec	do 21 dnů	351	Zlomenina těla kosti patní bez porušení statiky (Böhlerova úhlu) konzervativně	do 56 dnů
254	Amputace obou rukou	do 196 dnů	302	Vymknutí mezičlánkových kloubů prstů nohy – palce nebo více prstů	do 28 dnů	352	Zlomenina těla kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operativně	do 98 dnů
255	Amputace jednoho prstu nebo jeho části	do 28 dnů	303	Vymknutí mezičlánkových kloubů prstů nohy – jednoho prstu mimo palec	do 21 dnů	353	Zlomenina těla kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operativně (otevřená)	do 120 dnů
256	Amputace více prstů nebo jejich částí	do 42 dnů	304	Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná	do 64 dnů	354	Zlomenina kosti hlezenné bez posunutí úločku	do 84 dnů
<b>13) Dolní končetina</b>			305	Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná – léčená konzervativně	do 64 dnů	355	Zlomenina kosti hlezenné s posunutím úločku: – konzervativně – operativně	do 98 dnů do 120 dnů
257	Pohmoždění nohy, stehna nebo bérce	do 10 dnů	306	Zlomenina krčku kosti stehenní nezaklíněná – léčená operativně	do 84 dnů	356	Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenné	do 35 dnů
258	Pohmoždění jednoho nebo více prstů nohy s náplastovou fixací nebo klidovou léčbou	do 10 dnů	307	Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	do 120 dnů	357	Zlomenina kosti krychlové (cuboideum) bez posunutí úločku	do 56 dnů
259	Pohmoždění kyčelního, kolenního nebo hlezenního kloubu	do 21 dnů	308	Odlomení malého trochanteru	do 42 dnů	358	Zlomenina kosti krychlové (cuboideum) s posunutím úločku	do 56 dnů
260	Ruptura úponu čtyřhlavého svalu (ruptura ligpatae) léčená operativně	do 49 dnů	309	Odlomení velkého trochanteru	do 42 dnů	359	Zlomenina kosti člunkové (naviculare) bez posunutí úločku	do 56 dnů
261	Ruptura šlachy čtyřhlavého svalu (netýká se ligpatae) léčená operativně	do 63 dnů	310	Petrochanterická zlomenina kosti stehenní neúplná	do 100 dnů	360	Zlomenina kosti člunkové (naviculare) s posunutím úločku	do 56 dnů
262	Natržení Achillovy šlachy (částečné přetržení) léčené konzervativně (musí být prokázáno zobrazovací metodou – CT, sono, MR)	do 42 dnů	311	Petrochanterická zlomenina kosti stehenní úplná bez posunutí úločku	do 100 dnů	361	Zlomenina jedné kosti klínové (cuneiforme) bez posunutí úločku	do 56 dnů
263	Přetržení Achillovy šlachy (úplné přetržení) léčené konzervativně	do 42 dnů	312	Petrochanterická zlomenina kosti stehenní úplná s posunutím úločku	do 100 dnů	362	Zlomenina jedné kosti klínové (cuneiforme) s posunutím úločku	do 56 dnů
264	Přerušení Achillovy šlachy částečné léčené operativně	do 56 dnů	313	Petrochanterická zlomenina kosti stehenní léčená operativně	do 120 dnů	363	Zlomenina více kostí klínových bez posunutí úločku	do 56 dnů
265	Přerušení Achillovy šlachy úplné léčené operativně	do 56 dnů	314	Subtrochanterická zlomenina kosti stehenní neúplná	do 100 dnů	364	Zlomenina více kostí klínových s posunutím úločku	do 56 dnů
266	Podvrtnutí kyčle	do 10 dnů	315	Subtrochanterická zlomenina kosti stehenní úplná bez posunutí úločku	do 100 dnů	365	Odlomení base páté kůstky zánártní (metatarzy) s posunutím	do 42 dnů
267	Podvrtnutí hlezenního kloubu s nutnou pevnou fixací (pevná fixace musí být déle jak 2 týdny)	do 10 dnů	316	Subtrochanterická zlomenina kosti stehenní úplná s posunutím úločku	do 100 dnů	366	Odlomení kůstek zánártních (metatarzy) palce nebo malíku bez posunutí úločku	do 42 dnů
268	Podvrtnutí hlezenního kloubu s nutnou ortézou	do 10 dnů	317	Subtrochanterická zlomenina kosti stehenní léčená operativně	do 120 dnů	367	Odlomení kůstek zánártních (metatarzy) palce nebo malíku s posunutím	do 42 dnů
269	Podvrtnutí kolenního kloubu s nutnou sádkou	do 21 dnů	318	Zlomenina těla kosti stehenní (diafýza) léčená konzervativně	do 90 dnů	368	Odlomení kůstek zánártních (metatarzy) palce nebo malíku operovaná	do 56 dnů
270	Podvrtnutí kolenního kloubu s nutnou pevnou fixací (nutné provedení punkce a pevná fixace musí být déle jak 2 týdny)	do 21 dnů	319	Zlomenina těla kosti stehenní (diafýza) léčená operativně	do 120 dnů	369	Odlomení kůstek zánártních (metatarzy) palce nebo malíku operovaná – otevřená	do 84 dnů
271	Podvrtnutí – těžká distorze hlezna léčená pevnou fixací (pevná fixace musí být déle jak 4 týdny)	do 35 dnů	320	Zlomenina těla kosti stehenní (diafýza) léčená operativně (otevřená)	do 140 dnů	370	Odlomení kůstek zánártních (metatarzy) jiného prstu než palce nebo malíku bez posunutí úločku	do 42 dnů
272	Podvrtnutí základního kloubu palce nohy s nutnou náplastovou fixací nebo klidovou léčbou	do 10 dnů	321	Zlomenina distálního konce kosti stehenní neúplná	do 120 dnů	371	Odlomení kůstek zánártních (metatarzy) jiného prstu než palce nebo malíku s posunutím úločku	do 42 dnů
273	Podvrtnutí mezičlánkového kloubu palce nohy s nutnou náplastovou fixací nebo klidovou léčbou	do 10 dnů	322	Zlomenina distálního konce kosti stehenní úplná bez posunutí úločku	do 120 dnů	372	Odlomení kůstek zánártních (metatarzy) jiného prstu než palce nebo malíku operovaná	do 56 dnů
274	Podvrtnutí jednoho prstu nohy s nutnou náplastovou fixací nebo klidovou léčbou	do 10 dnů	323	Zlomenina distálního konce kosti stehenní úplná s posunutím úločku	do 120 dnů	373	Zlomenina kůstek zánártních (metatarzy) více prstů bez posunutí úločku	do 42 dnů
275	Podvrtnutí více prstů nohy s nutnou náplastovou fixací nebo klidovou léčbou	do 10 dnů	324	Zlomenina distálního konce kosti stehenní léčená operativně	do 120 dnů	374	Zlomenina kůstek zánártních (metatarzy) více prstů s posunutím úločku	do 42 dnů
276	Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kolenního	do 14 dnů	325	Zlomenina distálního konce kosti stehenní léčená operativně (otevřená)	do 182 dnů	375	Zlomenina kůstek zánártních (metatarzy) více prstů operovaná	do 56 dnů
277	Natržení zkříženého vazů kolenního (parciální ruptura)	do 14 dnů	326	Zlomenina česky bez posunutí úločku	do 42 dnů			
278	Přetržení postranního vazů kolenního léčené pevnou fixací (fixace musí trvat min. 5 týdnů)	do 42 dnů	327	Zlomenina česky s posunutím úločku	do 56 dnů			
279	Úplné odtržení postranního vazů kolenního léčené operativně	do 42 dnů	328	Zlomenina česky otevřená nebo léčená operativně	do 63 dnů			
280	Přetržení zkříženého vazů kolenního léčené pevnou fixací (fixace musí trvat min. 5 týdnů)	do 42 dnů	329	Zlomenina kloubní chrupavky v oblasti kolenního kloubu	do 63 dnů			

376 Zlomenina kůstek zánartrních (metatarzy) více prstů operovaná (otevřená)	do 84 dnů
377 Odolomení části článku palce nohy	do 21 dnů
378 Úplná zlomenina článku palce nohy bez posunutí úlomků	do 35 dnů
379 Úplná zlomenina článku palce nohy s posunutím úlomků	do 42 dnů
380 Zlomenina článku palce nohy léčená operativně	do 56 dnů
381 Zlomenina jednoho článku jiného prstu nohy než palce neúplná	do 21 dnů
382 Zlomenina jednoho článku jiného prstu nohy než palce úplná	do 21 dnů
383 Zlomenina jednoho článku jiného prstu nohy než palce otevřená nebo operovaná	do 28 dnů
384 Zlomenina článků více prstů nebo několika článků jednoho prstu léčená konzervativně	do 21 dnů
385 Zlomenina článků více prstů nebo několika článků jednoho prstu otevřená nebo léčená operativně	do 28 dnů
386 Amputace – exartiklace kyčelního kloubu nebo snesení stehna	do 365 dnů
387 Amputace obou bérců	do 365 dnů
388 Amputace bérce	do 252 dnů
389 Amputace obou nohou	do 252 dnů
390 Amputace nohy	do 182 dnů
391 Amputace palce nohy nebo jeho části	do 56 dnů
392 Amputace jednotlivých prstů nohy (s výjimkou palce) nebo jejich částí za každý prst	do 21 dnů
393 Úplné odstranění nebo přerušování šlachy dolní končetiny léčené operativně	do 35 dnů
Za infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazy nebo svalů, za subperiostální zlomeniny se plní v rozsahu uvedeném pro neúplné zlomeniny.	
<b>14) Poranění nervové soustavy</b>	
394 Otřes mozku lehkého stupně (prvního) – podmínka plnění je hospitalizace	do 28 dnů
395 Otřes mozku středního stupně (druhého) – podmínka plnění je hospitalizace	do 28 dnů
396 Otřes mozku těžkého stupně (třetího) – podmínka plnění je hospitalizace	do 28 dnů
397 Pohmoždění mozku	do 182 dnů
398 Rozdrncení mozkové tkáně	do 365 dnů
399 Krvácení do mozku	do 182 dnů
400 Krvácení nitrolební a do kanálu páteřního	do 182 dnů
401 Otřes míchy	do 84 dnů
402 Krvácení do míchy	do 365 dnů
403 Pohmoždění míchy	do 140 dnů
404 Rozdrncení míchy	do 365 dnů
405 Pohmoždění periferního nervu s krátkodobou obrnou	do 36 dnů
406 Poranění periferního nervu s přerušáním vodivých vláken (podmínkou je pozitivní EMG)	do 120 dnů
407 Přerušování periferního nervu (podmínkou je pozitivní EMG)	do 186 dnů
<b>15) Ostatní druhy poranění</b>	
408 Traumatický šok lehký (pouze hospitalizované případy)	do 42 dnů
409 Traumatický šok střední (pouze hospitalizované případy)	do 63 dnů
410 Traumatický šok těžký (pouze hospitalizované případy)	do 84 dnů
411 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení, lehké	do 14 dnů
412 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení, střední	do 21 dnů
413 Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení, těžké	do 28 dnů
414 Natržení svalu, prokázáno ultrazvukem, CT nebo MR	do 28 dnů
415 Plošné abrase měkkých částí prstů a ztrátový defekt tkáně o ploše větší než jeden centimetr čtvereční, stržení nehtu	do 8 dnů
416 Rána chirurgicky ošetřena (šitá) velká minimálně 2 cm, primární hojení	do 8 dnů
417 Rána chirurgicky ošetřena (šitá) velká minimálně 2 cm, sekundární hojení	do 14 dnů
418 Rána chirurgicky ošetřená incizí a drémem	do 14 dnů
<b>16) Otrava plyny a jedy</b>	
419 Lehké případy otravy (podmínka plnění je hospitalizace)	do 14 dnů
420 Středně těžké případy otravy (podmínka plnění je hospitalizace)	do 21 dnů
421 Těžké případy otravy (podmínka plnění je hospitalizace)	do 28 dnů
422 Uštknutí jedovatým hadem a dalšími jedovatými živočichy (podmínka plnění je hospitalizace)	do 14 dnů
<b>17) Popálení, poleptání nebo omrzliny</b>	
423 Prvního stupně	neplní se

Druhého stupně léčené odborným lékařem:		
424 Druhého stupně rozsahu od 6 cm <sup>2</sup> do 10 cm <sup>2</sup> včetně	do 10 dnů	
425 Druhého stupně rozsahu od 11 cm <sup>2</sup> do 1 % povrchu těla	do 21 dnů	
426 Druhého stupně rozsahu nad 1 % do 5 % povrchu těla	do 35 dnů	
427 Druhého stupně rozsahu nad 6 % do 10 % povrchu těla	do 56 dnů	
428 Druhého stupně rozsahu nad 11 % do 20 % povrchu těla	do 63 dnů	
429 Druhého stupně rozsahu nad 21 % do 30 % povrchu těla	do 88 dnů	
430 Druhého stupně rozsahu nad 31 % do 40 % povrchu těla	do 130 dnů	
431 Druhého stupně rozsahu nad 41 % do 50 % povrchu těla	do 210 dnů	
432 Druhého stupně rozsahu větším než 50 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 365 dnů	
Třetího stupně s hospitalizací (v případě, že u třetího stupně nebude součástí léčby hospitalizace, bude plněno dle druhého stupně):		
433 Třetího stupně od 3 cm <sup>2</sup> do 5 cm <sup>2</sup> povrchu těla	do 28 dnů	
434 Třetího stupně od 6 cm <sup>2</sup> do 1 % povrchu těla	do 49 dnů	
435 Třetího stupně nad 1 % do 5 % povrchu těla	do 56 dnů	
436 Třetího stupně nad 5 % do 10 % povrchu těla	do 81 dnů	
437 Třetího stupně nad 10 % do 15 % povrchu těla	do 102 dnů	
438 Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 15 % do 20 % povrchu těla	do 130 dnů	
439 Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 20 % do 30 % povrchu těla	do 158 dnů	
440 Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 30 % do 40 % povrchu těla	do 186 dnů	
441 Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu více než 40 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 365 dnů	

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY  
NN ŽIVOTNÍ POJIŠŤOVNA N.V.,  
POBOČKA PRO ČESKOU REPUBLIKU  
PRO POJIŠTĚNÍ TYPU  
**PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD  
RAKOVINY DOSPĚLÝCH CZR1  
PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD  
RAKOVINY DOSPĚLÝCH CZR3  
PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZÁVAŽNÝCH  
ONEMOCNĚNÍ DOSPĚLÝCH CZV1  
PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZÁVAŽNÝCH  
ONEMOCNĚNÍ DOSPĚLÝCH CZV3**

**Článek 1 – Které právní dokumenty jsou pro mne důležité a jak se použijí?**

- Tyto zvláštní pojistné podmínky připojištění pro případ rakoviny dospělých CZR1, připojištění pro případ rakoviny dospělých CZR3, připojištění pro případ závažných onemocnění dospělých CZV1 a připojištění pro případ závažných onemocnění dospělých CZV3 (dále jen „ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3“) tvoří nedílnou součást smlouvy a doplňují je všeobecné pojistné podmínky pojišťovny pro životní pojištění (dále jen „VPP“).
- Ustanovení těchto ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 mají přednost před VPP; konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3.
- Tato připojištění CZR1, CZR3, CZV1 a CZV3 je možné sjednat pouze jako doplňková pojištění k hlavnímu životnímu pojištění (dále jen „hlavní krytí“), přičemž nelze je sjednat současně pro jednoho pojištěného. Tzn. k hlavnímu krytí lze na jedné pojistné smlouvě pro jednoho pojištěného sjednat vždy jen jedno z těchto 4 připojištění. Nemá-li dále v těchto ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 výslovně uvedeno jinak, rozumí se pojem připojištění (v jednotném čísle), kterékoli ze shora specifikovaných připojištění CZR1, CZR3, CZV1 a CZV3.
- Pokud jsou ve VPP uvedena ustanovení o protiinflačním programu a o možnosti zvyšování pojistné částky bez zkoumání zdravotního stavu, pak se na tato připojištění nevztahují.**

**Článek 2 – Co připojištění kryje a na jaké pojistné plnění mám nárok při pojistné události?**

- Pojistnou událostí v rámci tohoto připojištění je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění anebo podstoupení některé z operací (v obou případech specifikovaných v příloze), to však pouze

za předpokladu, že tato událost u pojištěného nastala až po uplynutí čekací doby 6 měsíců ode dne počátku tohoto připojištění a zároveň s tím, že:

- u připojištění pro případ rakoviny dospělých CZR1 a u připojištění pro případ rakoviny dospělých CZR3 se pojistné krytí týká jen onemocnění rakoviny popsanych v části A přílohy;
- u připojištění pro případ závažných onemocnění dospělých CZV1 a u připojištění pro případ závažného onemocnění dospělých CZV3 se pojistné krytí týká všech závažných onemocnění, popř. operací popsanych v části B přílohy.

V příloze je popsáno, který den se u jednotlivých závažných onemocnění/operací považuje za den vzniku pojistné události.

- V případě pojistné události vyplatí pojišťovna oprávněné osobě pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo její části, a to v závislosti na typu závažného onemocnění / podstoupené operace, které jsou předmětem dané pojistné události. Konkrétní výše pojistného plnění pro jednotlivé diagnózy, resp. procentuální hodnota pojistného plnění ve vztahu ke sjednané pojistné částce, je uvedena v příloze.
- Pokud výše vyplaceného pojistného plnění dosáhne méně než 100 % pojistné částky, tj. 10 % nebo 30 % podle určitých diagnóz specifikovaných v příloze, připojištění takovou pojistnou událostí nezaniká. Původní pojistná částka bude po vyplacení pojistného plnění snížena o hodnotu vyplaceného pojistného plnění na aktuální/disponibilní pojistnou částku, a to s účinností ke dni vzniku pojistné události. Ke stejnému dni bude odpovídajícím způsobem snížena také výše běžného pojistného. Počet pojistných událostí podle tohoto odstavce je omezen pouze hodnotou původní sjednané pojistné částky k tomuto připojištění (v maximální výši 100 %, resp. 150 % při uplatnění diagnózy terminálního onemocnění). Proto nebude-li aktuální/disponibilní pojistná částka s ohledem na předchozí výplatu pojistného plnění dosahovat příslušné výše pojistného plnění k předmětnému závažnému onemocnění / podstoupené operaci, pojišťovna výplatu takového posledního pojistného plnění odpovídajícím způsobem sníží. V součtu tak nelze vyplatit více než 100 % původně sjednané pojistné částky k tomuto připojištění. Při uplatnění diagnózy terminálního onemocnění pak nelze v součtu vyplatit více než 150 % původně sjednané pojistné částky k tomuto připojištění.**
- Pokud již bylo z tohoto připojištění oprávněné osobě částečně plněno podle předchozího odstavce, následné změny na tomto připojištění jsou vyloučeny (to platí i pro výměnu tohoto připojištění za kterékoliv jiné ze 4 připojištění CZR1, CZR3, CZV1 a CZV3 upravených těmito zvláštními pojistnými podmínkami).**
- Bude-li jako pojistná událost nahlášeno tzv. terminální onemocnění (tj. příslušné závažné onemocnění v terminálním stádiu, jak je specifikováno v příloze pro všechny varianty tohoto připojištění CZR1, CZR3, CZV1 nebo CZV3), pojišťovna si vyhradzuje právo zdravotní stav pojištěného, resp. předložené doklady o zdravotním stavu pojištěného přezkoumat, a v případech, kdy lékař stanovený pojišťovnou nepotvrdí výskyt terminálního onemocnění ve smyslu definice uvedené v příloze, vyplatit jen 100 % pojistné částky pro toto připojištění dle standardní diagnózy daného onemocnění.**
- Pojistná událost se oznamuje bez zbytečného odkladu do sídla pojišťovny, a to na předepsaném tiskopise pojišťovny „Oznámení pojistné události“, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v prostředí klientského portálu pojišťovny. Nebude-li pojištěný s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu schopen sám pojišťovně oznámit pojistnou událost ani zažádat o výplatu pojistného plnění, je k oznámení pojistné události oprávněn také pojistník, osoba blízká k pojištěnému či žijící s ním ve společné domácnosti, popř. i jiná osoba, která má na pojistném plnění právní zájem. Pojistné plnění bude v takovém případě vyplaceno na bankovní účet sjednaný pro tyto účely v pojistné smlouvě, neurčí-li pojištěný v rámci šetření pojistné události jinak.**

**Článek 3 – Kdy mám platit pojistné a v jaké výši?**

- Pojistné je stanoveno jako běžné pojistné s pojistnými obdobími dohodnutými v pojistné smlouvě pro běžné pojistné hlavního krytí.
- Výše běžného pojistného u připojištění pro případ rakoviny dospělých CZR1 a u připojištění pro případ závažných onemocnění dospělých CZV1 se rovná násobku pojistné částky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku pro aktuální věk pojištěného a pro aktuální pojistný rok.

- Výše běžného pojistného u připojištění pro případ rakoviny dospělých CZR3 a připojištění pro případ závažných onemocnění dospělých CZV3 se rovná násobku pojistné částky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku na celou dobu trvání připojištění v závislosti na věku pojistného k počátku připojištění a na délce doby od počátku připojištění do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojistný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).
- U připojištění pro případ rakoviny dospělých CZR1 a připojištění pro případ závažných onemocnění dospělých CZV1, pro které se sjednávají v čase rostoucí sazby pojistného (tzv. přirozené pojistné), je konkrétní výše běžného pojistného pro první pojistný rok uvedena v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) a konkrétní výše běžného pojistného pro každý další pojistný rok bude pojistníkovi oznámena písemně v dostatečném předstihu; toto písemné oznámení pojistovna odešle pojistníkovi nejpozději 8 týdnů před výročí hlavního krytí.

#### Článek 4 – Na jakou dobu připojištění sjednávám?

- Připojištění se sjednává na dobu 1 roku. Pokud je však počátek připojištění stanoven k jinému dni než je výročí hlavního krytí, sjednává se připojištění v prvním roce jeho trvání na dobu kratší, a to do dne nejbližšího následujícího výročí hlavního krytí.
- Připojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek o dobu dalšího 1 roku, pokud pojistovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto připojištění nemá zájem. Tohoto svého práva pojistovna ovšem využije pouze ve vztahu ke všem pojistníkům v rámci tohoto připojištění, nikoliv v individuálních případech. Připojištění může být takto opakovaně prodloužováno po dobu trvání hlavního krytí, nejdéle však do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojistný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).

#### Článek 5 – Na které případy se připojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?

- Právo na pojistné plnění nevznikne v několika výjimečných případech, které jsou specifikovány v příloze u popisu diagnóz některých závažných onemocnění/operací.
- Právo na pojistné plnění rovněž nevznikne, pokud závažné onemocnění či operace nastaly v přímé nebo nepřímé souvislosti:
  - se sebevraždou pojistného, pokusem o ni nebo při úmyslném sebepoškození pojistného včetně úmyslného nevyhledání lékařské péče nebo úmyslného nebdání lékařských pokynů, a to bez ohledu na aktuální duševní stav pojistného;
  - s diagnostickým, výzkumným, kosmetickým, terapeutickým nebo preventivním zákrokem, který si pojistný provede nebo nechá provést, a který není z lékařského hlediska nezbytný, včetně všech zákroků nepředepsaných lékařem;
  - s rentgenovým, ionizujícím nebo jaderným zářením, které bylo způsobeno výbuchem nebo poruchou těchto zařízení a přístrojů nebo neodborným zacházením odpovědných osob.
  - s profesionálním provozováním sportu pojistným.

- Nastane-li pojistná událost ve lhůtě 6 měsíců ode dne, kdy na žádost pojistníka dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto připojištění, sníží pojistovna pojistné plnění na nejnižší pojistnou částku platnou za posledních 6 měsíců před dnem vzniku této pojistné události.

#### Článek 6 – V jakých situacích připojištění zaniká?

- Zanikne-li hlavní krytí, zaniká dnem jeho zániku i toto připojištění.
- Zemře-li pojistný v průběhu trvání tohoto připojištění, zaniká dnem jeho úmrtí toto připojištění bez náhrady.
- Pokud výše vyplaceného pojistného plnění dosáhne 100 % pojistné částky, resp. 150 % pojistné částky při uplatnění diagnózy terminálního onemocnění, ke dni vzniku dané pojistné události připojištění zaniká.
- Připojištění zaniká od počátku a pojistovna vrátí pojistníkovi veškeré pojistné zaplacené za toto připojištění, pokud den vzniku pojistné události nastane před uplynutím sjednané čekací doby 6 měsíců od počátku tohoto připojištění.
- Připojištění rovněž automaticky zaniká v kalendářním roce, v němž pojistný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění, jenž je uveden v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně), a to ke dni výročí hlavního krytí.
- Připojištění zaniká uplynutím sjednané doby, není-li připojištění automaticky prodlouženo dle ustanovení čl. 4 odst. 2 těchto ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3.
- Další způsoby zániku tohoto připojištění stanoví příslušná ustanovení VPP.

#### Článek 7 – Jaká další pravidla se týkají tohoto připojištění?

- Za účelem stanovení pojistného rizika a výše pojistného zkoumá pojistovna při sjednávání tohoto připojištění zdravotní stav pojistného. Zdravotní stav pojistného zkoumá pojistovna zejména na základě dotazníku o zdravotním stavu, který je pojistný při sjednávání tohoto připojištění povinen pravidlivě a úplně vyplnit (ne stanoví-li pojistovna výjimečně jinak), a případně také na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádané pojistovnou nebo jím pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujícího lékaře pojistného či lékaře speciality. Na žádost pojistovny je pojistný rovněž povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojistovnou, tj. pojistovna je oprávněna v odůvodněných případech přezkoumat zdravotní stav pojistného, včetně jeho pracovní schopnosti, a to lékařem, kterého sama určí. Na základě těchto zjištění pojistovna potvrdí sjednání tohoto připojištění beze změny, navrhne jeho změnu (podá protinávrh), popř. připojištění s ohledem na zdravotní stav pojistného ukončí.
- Pojistník nebo pojistný je povinen informovat pojistovnu o veškerých změnách skutečnosti, které byly uvedené v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) nebo na které se pojistovna tázala, k nimž dojde během trvání připojištění, a to bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy ke změně došlo. Pojistník nebo pojistný je zejména povinen informovat pojistovnu o každé změně osobních/kontaktních údajů a dále o změně dalších údajů, které mají vliv na existenci pojistného zájmu.
- Je-li pro určitý úkon v těchto ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 a/nebo příslušných právních předpisech stanovena lhůta a počátek lhůty případně na den, který není pracovním dnem, počíná lhůta běžet až nejbližší pracovní den následující. Pojistovna si vyhrazuje právo

přiměřeně prodloužit sjednané lhůty v případě, že dojde k neočekávanému nebo okolnostmi vynucenému technickému přerušení funkčnosti interních systémů pojistovny.

- Pojistovna má právo v případě vzniku rozumné potřeby změny (zejména v návaznosti na vývoj právního prostředí, při změně přístupu kvalifikačního dohledového orgánu, v zájmu zlepšení kvality poskytovaných služeb, v souvislosti s technickým rozvojem nebo z důvodu podstatné změny tržních podmínek) provést přiměřenou změnu těchto ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 a/nebo sazebníku. Pojistovna v takovém případě doručí písemný návrh nového znění ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 pojistníkovi na poslední známou kontaktní adresu; jde-li o změnu sazebníku, zveřejní jeho nové znění na internetových stránkách pojistovny. Den účinnosti změny musí být stanoven tak, aby mezi doručením nového znění ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 pojistníkovi a/nebo zveřejněním nového znění sazebníku a dnem účinnosti této změny bylo období nejméně 45 kalendářních dní. Pojistník má právo změnu těchto ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 a/nebo změnu sazebníku, týká-li se tohoto připojištění, odmítnout a současně v takovém případě toto připojištění vypovědět. Výpovědní doba činí 20 kalendářních dní ode dne doručení písemné výpovědi. **Nedoručí-li pojistník do sídla pojistovny nejméně 30 kalendářních dní před dnem účinnosti změny sdělení, že změnu odmítá a současně připojištění vypovídá, potvrzuje tím svůj souhlas se změnou ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 a/nebo sazebníku ve znění, v jakém bylo pojistovnou navrženo.**

#### Článek 8 – Od kdy jsou tyto zvláštní pojistné podmínky účinné?

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. října 2015.

#### Článek 9 – Slovníček pojmů – jaké pojmy jsou pro mne důležité?

Pojmy, které nejsou vymezeny v tomto článku, mají význam, který je jim přiřazen ve VPP. Pro tyto zvláštní pojistné podmínky se vymezipří následující pojmy:

##### Čekací doba

Doba, po kterou nevzniká pojistovně povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.

##### Pojistný rok

Období dvanácti měsíců následujících od počátku pojištění (hlavního krytí) do data prvního výročí hlavního krytí a dále období mezi daty po sobě následujících výročí hlavního krytí.

##### Příloha

Příloha k těmto ZPP CZR1/CZR3 a CZV1/CZV3 obsahující specifikaci diagnóz všech závažných onemocnění/operací, které jsou kryty tímto připojištěním, včetně uvedených výluk z pojistného plnění, rozhodného dne, který se považuje za den vzniku pojistné události, procentuální hodnoty pojistného plnění ve vztahu ke sjednané pojistné částce a dokumentů, které jsou povinně překládány pojistovně při oznámení pojistné události.

##### Sazebník

Sazebník pojistovny obsahující pro jednotlivé druhy hlavního krytí a připojištění sazby pojistného, maximální a minimální limity pojistných částek a výše pojistného, koeficienty maximální pojistné částky ve vztahu k výši pojistného a věku pojistného a dále také informace o rizikových skupinách a jejich vlivu na výši pojistného; aktuální znění sazebníku je k dispozici na internetových stránkách pojistovny, popř. v sídle pojistovny.

### PŘÍLOHA KE ZVLÁŠTNÍM POJISTNÝM PODMÍNKÁM PŘIPOJIŠTĚNÍ RAKOVINY DOSPĚLÝCH A PŘIPOJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DOSPĚLÝCH

#### Část A – varianta Připojištění pro případ rakoviny dospělých (CZR1 a CZR3)

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinně předkládané pojistovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
150 %	<b>Terminální onemocnění z důvodu rakoviny</b>	Jedná se o onemocnění, jejichž průběh vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojistného do 12 měsíců. Jde o generalizovaná nádorová onemocnění, která se vymkla kontrole léčbou. Diagnóza i prognóza musí být stanovena příslušným lékařem specialistou, tj. onkologem na základě histologických a jiných odborných vyšetření. Ošetřující onkolog musí potvrdit, že se jedná o stav pojistného, kdy je u zhoubného onemocnění veškerá dostupná léčba vyčerpána a nastupuje pouze léčba symptomatická a paliativní. Pojistovna je oprávněna zdravotní stav pojistného a předložené doklady o zdravotním stavu přezkoumat specialistou, kterého stanoví pojistovna.	Zpráva ošetřujícího lékaře onkologa, potvrzující tuto diagnózu, stadium, léčbu a prognózu onemocnění.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému bylo onkologem stanoveno terminální stadium onemocnění odpovídající uvedenému popisu.

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinné předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
100 %	<b>Rakovina</b>	Je onemocnění projevující se výskytem zhoubných nádorů s charakteristickým nekontrolovatelným růstem a šířením zhoubných buněk a s jejich pronikáním do zdravé tkáně. K těmto onemocněním se rovněž řadí leukemie, sarkomy, zhoubné nemoci mízního systému (např. Hodgkinova nemoc), maligní onemocnění kostní dřeně a metastatické formy rakoviny kůže.  <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> a) nádorová onemocnění za přítomnosti HIV nákazy; b) maligní melanomy kůže ve stádiu 1A hloubky (menší než 1 mm, II nebo III bez zvředovatění) dle platné klasifikace AJCC z roku 2002; c) dysplazie a rakoviny děložního hrdla ve stádiu CIN-1, CIN-2 a CIN-3; d) časná stádia rakoviny prostaty TNM klasifikace T1 včetně T1a i T1b nebo ekvivalentní klasifikace; e) všechny nezhoubné (benigní) nádory a polycytemia vera; f) všechna pre-maligní stádia, neinvazivní stádia nádorová – tzv. carcinomas in situ a mikroinvazivní nálezy; g) hyperkeratozy, squamozní a basocelulární formy rakoviny kůže.	Propouštěcí zpráva z nemocnice nebo potvrzená kopie zprávy odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; dále fotokopie histologického nálezu s číslem preparátu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsána diagnóza odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění.
10 %	<b>Rakovina in situ</b>	Je preinvazivní nádor, tj. nádor s nerovinným obrazem zhoubného nádoru. Diagnóza musí být stanovena histologicky. Není přítomna invaze do stromatu. Musí být jasně z dokumentace histopatologický číselný kód MN 8000-9999/2. Klíčové pro rozlišení karcinomu in situ je v čísle za lomítkem /2/.	Zpráva odborného lékaře onkologa, gynekologa, gastroenterologa, urologa nebo jiného odborného lékaře s výsledky histologických testů potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsána diagnóza příslušným odborným lékařem.

**Část B – Připojištění pro případ závažných onemocnění dospělých (CZV1 a CZV3)**

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinné předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
150 %	<b>Terminální onemocnění</b>	Jsou různá onemocnění, jejichž průběh vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojištěného do 12 měsíců. Jde například o generalizovaná nádorová onemocnění, která se vymkla kontrole léčbou nebo o konečná stádia selhávání životně důležitých orgánů (srdce apod.), kde není v konkrétním případě možná, např. pro celkové poškození organismu, transplantace. Diagnóza i prognóza musí být stanovena příslušným lékařem specialistou (tj. onkologem, kardiologem apod.). V případě onkologické diagnózy, ošetřující onkolog musí potvrdit, že se jedná o stav pojištěného, kdy je u zhoubného onemocnění veškerá dostupná léčba vyčerpána a nastupuje pouze léčba symptomatická a paliativní. Analogicky, ošetřující kardiolog musí potvrdit trvalé těžké poškození srdce, neřešitelné jiným operačním zákrokem, nežli event. transplantací srdce, která však v tomto konkrétním případě není možná. Podmínkou je závažnost onemocnění, které vyžaduje trvalou medikaci a sledování pro přetrvávající klinické obtíže odpovídající srdečnímu selhávání III–IV. třídy klasifikace NYHA. Ejekční frakce levé komory musí být méně než 25 %. Pojišťovna je oprávněna zdravotní stav pojištěného a předložené doklady o zdravotním stavu přezkoumat specialistou, kterého stanoví pojišťovna.	Zpráva ošetřujícího lékaře onkologa, kardiologa nebo jiného specialisty, potvrzující tuto diagnózu, stadium, léčbu a prognózu onemocnění.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému bylo onkologem nebo jiným specialistou stanoveno terminální stádium onemocnění odpovídající uvedenému popisu.
100 %	<b>Infarkt myokardu</b>	Je smrt částí srdečního svalu způsobená přerušením krevního zásobení v příslušné oblasti. Diagnóza akutního infarktu myokardu musí být potvrzena splněním následujících kritérií: a) typický průběh bolesti na hrudníku; b) nové změny na EKG, které prokazují infarkt; c) charakteristické zvýšení specifických enzymů nebo pozitivita příslušných biochemických testů.	Propouštěcí zpráva z nemocnice nebo zpráva odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza akutního infarktu myokardu odborným lékařem – kardiologem.
100 %	<b>By-pass chirurgie koronárních / věnčitých cév</b>	Je operativní řešení zúžení nebo ucpaní jedné nebo více koronárních tepen transplantací bypassu. Uzávěr nebo významné zúžení koronární tepny musí být doloženo angiografickým vyšetřením. Operace musí být doporučena kardiologem jako nezbytně nutný výkon. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojišťovnou, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> angioplastiky a jiné intraarteriální techniky založené na katetrizační nebo zákroky laserem.	Komplexní zpráva z odborného pracoviště, kde byl bypass proveden, vždy s uvedením data operace.  Dnem vzniku pojistné události je den provedení operace.
100 %	<b>Operace – náhrada srdeční chlopně</b>	Je operační náhrada jedné nebo více srdečních chlopní chlopní umělou. Musí jít o tak závažné defekty na chlopní nebo chlopních, které nemohou být upraveny nitrosrdeční katetrizační technikou. Náhrada musí být provedena na základě doporučení kardiologa. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojišťovnou, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.	Komplexní zpráva z odborného pracoviště, kde byla provedena náhrada, vždy s uvedením data operace.  Dnem vzniku pojistné události je den provedení operace.
100 %	<b>Operace aorty</b>	Je operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení. Operace musí být provedena na základě doporučení kardiologa. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojišťovnou, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a řešení stentgraftů.	Komplexní zpráva z odborného pracoviště, kde byla provedena operace, vždy s uvedením data operace.  Dnem vzniku pojistné události je den provedení operace.
100 %	<b>Kardiomyopatie dilatovaná – srdeční selhání</b>	Kardiomyopatii (onemocněním srdeční svaloviny – myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí dilatovaná kardiomyopatie, tj. zpravidla pozánětlivé postižení myokardu. Diagnóza musí být potvrzena kardiologem na základě významných klinických příznaků (tj. podle klasifikace NYHA III.–IV. stupeň selhávání srdce), EKG, echokardiografie (EF LK musí být pod 25 %), katetrizačního vyšetření, popřípadě doplněného biopsií srdce.  <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> kardiomyopatie jiné, tj. hypertrofické, restriktivní, geneticky podmíněné a zapříčiněné toxickými vlivy (alkoholická kardiomyopatie) nebo při současně infekci virem HIV.	Zpráva z odborného kardiologického pracoviště, která potvrzuje uvedenou diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsána diagnóza příslušným odborným lékařem.



Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinné předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
100 %	<b>Mrtvice</b>	Je jakákoliv nahodilá mozková cévní příhoda způsobená krvácením do mozkové tkáně nebo nedokrvněním mozku zanechávající trvalý objektivně zjištělý neurologický nále. Diagnóza musí být podložena odpovídajícími změnami při CT (počítačová tomografie) nebo NMR (magnetická resonance) vyšetření.  <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> úrazové příčiny mrtvice a drobné cévní mozkové příhody z krátkodobého nedokrvnění určitých oblastí mozku, které se projevují přechodnými mozkovými poruchami a které rychle ustupují (TIA – tranzitorní ischemické ataky).	Výsledky neurologického vyšetření (CT, angiografie nebo NMR); propouštěcí zpráva z nemocnice nebo zprávu odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; potvrzení přetrvávání neurologického nálezu po uplynutí 3 až 6 měsíců od proběhlé příhody.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem.
100 %	<b>Primární plicní hypertenze</b>	Je hypertrofie či dilatace pravé srdeční komory (cor pulmonale) se zvýšením středního tlaku v plicnici nad 25mmHg s následkem trvalého zhoršení fyzických schopností v rozsahu IV. třídy klasifikace poškození srdce (NYHA). Diagnóza musí být stanovena ošetřujícím kardiologem nebo pneumologem s předloženými výsledky katetračního vyšetření.	Zpráva odborného lékaře pneumologa nebo kardiologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
100 %	<b>Těžké selhávání plic</b>	Je konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhávání (tj. chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem pneumologem a splněním všech čtyř následujících kritérií současně: a) hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 1 litr; b) je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii; c) parciální tlak kyslíku (PaO2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 55 mmHg; d) je pociťována klidová dušnost.	Komplexní zpráva z odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data stanovení diagnózy; včetně; zprávy spirometrického vyšetření, analýzy krevních plynů a potvrzení trvalé kyslíkové léčby. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.
100 %	<b>Selhání jater</b>	Jedná se o konečné stádium onemocnění jater, které způsobuje nekontrolovaný ascites, trvalou žloutenku, rozvoj jícnových a žaludečních varixů a hepatální encefalopatii. Tyto uvedené příznaky musí být přítomny současně. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem hepatologem nebo internistou. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> případy selhání jater způsobené abuzem alkoholu nebo návykových látek.	Zpráva odborného lékaře internisty nebo hepatologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
100 %	<b>Selhání ledvin vyžadující dialýzu nebo transplantaci</b>	Je tak pokročilá a nezvratná selhání obou ledvin, že si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do trvalého dialyzačního programu. Příslušný odborný lékař musí potvrdit, že léčba umělou ledvinou trvala nejméně 3 měsíce.	Rozhodnutí o zařazení do trvalého dialyzačního programu; potvrzená zpráva z dialyzačního střediska (nefrologie) po 3 měsících trvající léčby umělou ledvinou.  Dnem vzniku pojistné události je den zařazení pojištěného do trvalého dialyzačního programu lékařem.
100 %	<b>Aplastická anemie</b>	Je chronické selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat alespoň jednu z následujících podmínek: a) pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně tří měsíců, b) pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně tří měsíců, c) transplantace kostní dřeně nebo zařazení do jejího programu. Diagnóza musí být potvrzena hematologem.	Zpráva ošetřujícího hematologa o průběhu onemocnění.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza aplastické anemie příslušným hematologem.
100 %	<b>Transplantace životně důležitých orgánů a transplantace kostní dřeně</b>	Je životně nezbytná transplantace srdce, srdce a plic, jater, slinivky břišní, kostní dřeně, kdy je příjemcem pojištěný. Transplantace musí být založena na objektivním potvrzení o selhání příslušných orgánů odbornými lékaři. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojišťovnou, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> transplantace jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů, buněčných tkání nebo tzv. kmenových buněk.	Komplexní zpráva z odborného pracoviště, kde byla provedena transplantace, vždy s uvedením data operace.  Dnem vzniku pojistné události je den provedení operace.
100 %	<b>Systémový Lupus Erytematoses s postižením ledvin</b>	Jedná se o autoimunitní systémové onemocnění charakterizované rozvojem autoprotilátek působících proti různým vlastním orgánům; morfologická klasifikace WHO III. až VI. třídy musí být potvrzena biopsií ledvin. Postižení ledvin musí být ve stadiu konečného selhávání renálních funkcí, tj. nemocný musí být zařazen do dialyzačního programu.	Zpráva odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.
100 %	<b>Roztroušená skleróza</b>	Je chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané poškozením obalů nervových vláken úbytkem myelinu. Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy jsou současně v době trvání připojištění splněny dvě následující podmínky: a) musí přetrvávat neurologicky nepochybné známky postižení zrakových nervů, mozkového kmene, páteřní míchy, koordinace nebo funkcí vnímání, což je potvrzeno neurologem; b) stav pojištěného musí být tak závažný, že mu je výlučně pro tuto diagnózu přiznána invalidita III. stupně.	Propouštěcí zpráva z nemocnice nebo zpráva z neurologie, která stanovila nebo potvrdila trvalou diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; Posudek o invaliditě; rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu III. stupně Českou správou sociálního zabezpečení.  Dnem vzniku pojistné události je den, kdy byla pojištěnému v důsledku tohoto onemocnění uznána invalidita III. stupně (na základě rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu III. stupně Českou správou sociálního zabezpečení).
100 %	<b>Amyotrofická laterální skleróza</b>	Jedná se o progresivní degenerativní postižení motorického neuronu s přítomností svalových obrn a atrofií s následkem takového postižení pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby.	Zpráva odborného lékaře neurologa s náležitými testy potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem neurologem.
100 %	<b>Apalický syndrom</b>	Jedná se o nekrozu (odumření) kůry mozkové s nepostiženým mozkovým kmenem. Tento stav musí být potvrzen odborným lékařem, neurologem nebo anesteziologem. Kritéria splňující diagnózu apalického syndromu musí trvat nejméně 01 měsíc. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> apalické syndromy způsobené intoxikací alkoholem a požitím drog.	Zpráva odborného lékaře anesteziologa nebo neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byl stanoven počátek apalického syndromu příslušným odborným lékařem.

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinné předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
100 %	<b>Ztráta řeči neúrazová</b>	Je úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit v důsledku poškození hlasivek přetrvávající souvisle po dobu alespoň 12 měsíců. Diagnóza musí potvrzovat onemocnění hlasivek způsobující ztrátu řeči. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> vznik poškození v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a na případy způsobené úrazem.	Zpráva odborného lékaře neurologa, ORL specialisty nebo psychiatra potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena trvalá ztráta řeči příslušným odborným lékařem.
100 %	<b>Ochrnutí končetin neúrazové (ztráta schopnosti používat končetiny)</b>	Je ochrnutí všech končetin (kvadruplegie) trvající alespoň tři měsíce. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem neurologem nebo traumatologem. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> částečné ochrnutí, přechodné ochrnutí a ochrnutí následkem úrazu..	Zprávu odborného lékaře neurologa nebo traumatologa potvrzující tuto diagnózu. Datem vzniku pojistné události je den, ke kterému došlo k ochrnutí.
100 %	<b>Slepotá neúrazová (obě oči)</b>	Je úplná a trvalá ztráta zraku u obou očí vzniklá následkem onemocnění, k jehož vzniku došlo v době trvání tohoto připojištění. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> slepotu způsobenou úrazem.	Lékařská zpráva z odborného pracoviště o průběhu onemocnění zraku, které způsobilo trvalou oboustrannou slepotu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena trvalá slepota odborným lékařem – oftalmologem.
100 %	<b>Hluchota neúrazová (ztráta sluchu obou uší)</b>	Je úplná oboustranná a trvalá ztráta sluchu, vzniklá následkem onemocnění, k jehož vzniku došlo v době trvání v době trvání tohoto připojištění. Diagnóza musí být potvrzena lékařským vyšetřením včetně audiometrických a zvukoprahových testů a zprávou odborného lékaře, ORL specialisty. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> hluchotu způsobenou úrazem.	Zpráva z nemocnice, v případě hospitalizace na odborném pracovišti (ORL), které stanovilo tuto diagnózu; zpráva z doplňkových vyšetření sluchového aparátu (RTG, CT, audiogram a další).  Dnem vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena trvalá hluchota odborným lékařem – ORL specialistou.
100 %	<b>Rakovina</b>	Je onemocnění projevující se výskytem zhoubných nádorů s charakteristickým nekontrolovatelným růstem a šířením zhoubných buněk a s jejich pronikáním do zdravé tkáně. K těmto onemocněním se rovněž řadí leukemie, sarkomy, zhoubné nemoci mízního systému (např. Hodgkinova nemoc), maligní onemocnění kostní dřene a metastatické formy rakoviny kůže. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> a) nádorová onemocnění za přítomnosti HIV nákazy; b) maligní melanomy kůže ve stádiu 1A hloubky (menší než 1 mm, II nebo III bez zvředovatění) dle platné klasifikace AJCC z roku 2002; c) dysplazie a rakoviny děložního hrdla ve stádiu CIN-1, CIN-2 a CIN-3; d) časná stádia rakoviny prostaty TNM klasifikace T1 včetně T1a i T1b nebo ekvivalentní klasifikace; e) všechny nezhoubné (benigní) nádory a polycytemia vera; f) všechna pre-maligní stádia, neinvazivní stádia nádorová - tzv. carcinomas in situ a mikroinvazivní nálezy; g) hyperkeratozy, squamozní a basocelulární formy rakoviny kůže.	Propouštěcí zpráva z nemocnice nebo potvrzená kopie zprávy odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; dále fotokopie histologického nálezu s číslem preparátu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsána diagnóza odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění.
100 %	<b>Nezhoubný nádor na mozku</b>	Jsou nezhoubné nádory mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, které ohrožují život pojištěného útlakem okolní tkáně a ne svou zhoubnou povahou. Nádor musí být potvrzen neurologickým vyšetřením a musí být neurologem doporučen k neurochirurgickému zákroku. V případě, že je hodnocen jako neoperabilní, neurologické vyšetření musí prokázat trvalé neurologické následky pro pojištěného. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> prosté cysty, granulomy, vaskulární malformace, hematomy, nádory hypofýzy a páteře.	Komplexní zpráva z odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu, vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena, včetně výsledků vyšetření, které dokazují závažnost nezhoubného nádoru (CT, NMR, RTG vyšetření a další).  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza závažného nezhoubného nádoru odborným lékařem – neurologem.
100 %	<b>AIDS/HIV a) násl. krev. transf. nebo b) jako profesní onemocnění u zdravotníků</b>	Je rozvinuté onemocnění AIDS nebo prokázaná infekce jakýmkoliv HIV virem, pokud byl pojištěný infikován: a) krevní transfúzí infikované krve nebo krevními produkty podanými oficiálně registrovaným pracovištěm na území České republiky v době trvání připojištění. Tvorba protilátek odpovídajících HIV infekci musí být prokázána do 6 měsíců po transfúzi; b) injekční jehlou jako následek poranění při vykonávání normálních pracovních povinností lékařů, zdravotních sester, středního zdravotnického personálu, hasičů a členů záchranných sborů. Pojištěný musí zároveň předložit negativní test na protilátky HIV, který je proveden ihned po poranění. Tvorba protilátek odpovídajících HIV infekci musí být prokázána do 6 měsíců po poranění. Pojistné krytí se nevztahuje na osoby s hemofilii.	Pro případ a) stanovisko oficiálně registrovaného pracoviště v ČR, které podalo infikovanou krev anebo krevní derivát; dále pozitivní výsledek vyšetření protilátek HIV do 6 měsíců po podání preparátu. Pro případ b) negativní výsledky testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po poranění;  Dnem vzniku pojistné události je den, kdy došlo k přenosu nebo infektu HIV.
30 %	<b>Stav po angioplastice (PCI)</b>	Jde o invazivní (katetrizační) léčbu pro lumen věnčitých (koronárních) tepen zužující proces, nejčastěji atherosclerotického původu. Zprůchodnění věnčitých tepen může být provedeno balonkovou angioplastikou s event. následným zavedením stentu nebo jinou technikou, např. použitím frény, laserového přístroje apod. Musí být potvrzeno zprávou kardiologa, včetně výsledku koronarografického vyšetření, které dokládá, že uvedený zákrok byl proveden na alespoň jedné cévě s nejméně 60 % stenózou (zúžením).	Zpráva odborného lékaře kardiologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsána diagnóza odborným lékařem kardiologem.
30 %	<b>Plicní fibroza</b>	Jedná se o onemocnění neznámého původu postihující plicní intersticiu. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a zprávou příslušného specialisty – pneumologa.	Zpráva odborného lékaře pneumologa s výsledky biopsického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsána diagnóza odborným lékařem pneumologem.
30 %	<b>Alzheimerova nemoc</b>	Je neurodegenerativní onemocnění na podkladě specifických degenerativních změn mozkové tkáně projevující se demencí pojištěného s léčbou trvající minimálně po dobu tří měsíců. Postižení musí vést k výraznému snížení poznávacích (kognitivních) funkcí, k úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči, orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládnání aktivit běžného života a kontaktu s okolím. Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> alkoholickou demenci.	Zpráva ošetřujícího lékaře neurologa včetně odborných nálezů, jako je NMR, psychotesty atd. potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsána diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinné předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
30 %	<b>Těžká demence</b>	Je degenerativní postižení mozku, projevující se demencí pojištěného. Musí se jednat o významné snížení poznávacích (kognitivních) funkcí, paměti, vnímání, intelektu či orientace postiženého, tj. takového stupně, že mu brání vykonávat povolání a vede ke ztrátě jeho schopnosti zvládat aktivity běžného života. Je třeba, aby stav byl potvrzen jako nezvratný, to znamená jako stav, který nereaguje zlepšením ani na alespoň 3 měsíce trvající soustavnou medikamentózní léčbu. Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného a potvrzena neurologem a být podpořena náležitými testy kognitivních funkcí a dalšími vyšetřeními, jako je NMR či CT. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> alkoholovou demenci a psychiatrická onemocnění s podobnými projevy.	Zpráva odborného lékaře neurologa s výsledky příslušných testů (psychotesty, CT, NMR) potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem neurologem.
30 %	<b>Epilepsie</b>	Pro potřeby tohoto připojištění se rozumí pod touto diagnózou jen epilepsie Jacksonského typu, tj. nezpochybnitelná a závažná forma, projevující se typickými příznaky jako je bezvědomí s nekontrolovaným pádem, motorickými projevy charakteristických záškubů, často s komplikacemi typu pokousání jazyka a inkontinence. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, neurologa. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> případy koincidence tohoto onemocnění s toxikomanií a abuzem alkoholu.	Zpráva odborného lékaře neurologa potvrzující tuto diagnózu epilepsie Jacksonského typu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem neurologem.
30 %	<b>Svalová dystrofie/atrofie</b>	Skupina dědičných degenerativních onemocnění svalů charakterizovaná bolestivostí a ochablostí (atrofií) svalstva, s následkem takového postižení pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby.	Zpráva odborného lékaře neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem neurologem.
30 %	<b>Parkinsonova nemoc</b>	Jedná se o trvalé zhoršení motorických funkcí spojené s třesem, svalovou ztuhlostí, zhoršením pohybu a tělesnou nestabilitou v důsledku degenerativního onemocnění mozku, s léčbou trvající minimálně po dobu tří měsíců. Onemocnění musí vést k vážným pohybovým potížím, k zásadnímu způsobu ovlivnění života a k trvalé neschopnosti zvládat běžné životní aktivity. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem neurologem do věku 65 let pojištěného a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> Parkinsonovu chorobu vzniklou následkem předávkování léky či užíváním drog nebo úrazem.	Zpráva odborného lékaře neurologa s příslušnými laboratorními vyšetřeními mozku (CT, EEG) potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem neurologem.
30 %	<b>Koma</b>	Jedná se o stav trvalého hlubokého bezvědomí pacienta, který nereaguje na zevní stimuly a vnitřní potřeby. Ten přežívá jen díky životní funkci podporujícím zařízením, jako je např. řízená ventilace. Doba trvání komatu musí být nejméně 96 hodin. Zpráva neurologa potvrzující residuální permanentní neurologický nálezn musí být doložena. Koma musí být dokumentováno zprávou z příslušného anesteziologicko-resuscitačního oddělení.	Zpráva odborného lékaře anesteziologa nebo neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byl stanoven počátek komatu příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Ochrnutí dvou končetin současně neúrazové</b>	Je ochrnutí nejméně dvou končetin (paraplegie, hemiplegie) trvající alespoň tři měsíce. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> ochrnutí jedné končetiny (monoplegie), částečné ochrnutí (paréza), přechodné ochrnutí a úrazovou příčinu.	Zpráva odborného lékaře neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému došlo k ochrnutí.
30 %	<b>Amputace horních a dolních končetin neúrazová</b>	Jedná se o amputace nejméně dvou končetin v důsledku onemocnění, k jehož vzniku došlo v době trvání tohoto připojištění, a to rukou a/nebo nohou alespoň v kloubu zápěstí a/nebo chodidel v kloubu kotníku. Diagnóza musí být potvrzena ošetřujícím lékařem. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> amputaci horních a dolních končetin následkem úrazu.	Zpráva odborného lékaře chirurga s přesným popisem příčin, průběhu a úrovně amputace.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla provedena amputace druhé končetiny.
30 %	<b>Revmatoidní artritida</b>	Pro případ tohoto připojištění se rozumí pod pojmem uvedené diagnózy autoimunitní systémové onemocnění postihující preferenčně malé klouby, s jistotou potvrzené příslušným odborným lékařem (revmatologem). Diagnóza musí být doložena revmatologickou zprávou dokládající charakteristické obtíže, zjištění postižení jiných orgánů (např. srdce a plic) a pozitivitou laboratorních vyšetření, včetně hodnot zánětlivých markerů (CRP, FW) a hladin specifických protilátek (tj. RF revmatoidního faktoru). Diagnóza musí být potvrzena revmatologem.	Zpráva odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.
30 %	<b>Bechtěrevova nemoc</b>	Jedná se o zánětlivé onemocnění páteře s průkazem antigenu HLA-B 27 (ankylozující spondylitida páteře). Onemocnění ve 4. až 5. stadiu nemoci musí být doloženo výsledky vyšetření CT (computerová tomografie) nebo NMR (magnetická rezonance) páteře, zobrazujícími srostlé obratle změněné zánětem (bambusová páteř); současně musí být přítomny výrazné klinické obtíže (bolestivé pohybové potíže a omezení dýchací mechaniky).	Zpráva odborného lékaře revmatologa s příslušnými výsledky NMR, RTG a CT potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – revmatologem.
30 %	<b>Revmatická horečka se srdečními komplikacemi</b>	Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto připojištění rozumí autoimunitní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie) včetně echokardiografického vyšetření.	Zpráva odborného lékaře revmatologa, kardiologa nebo internisty s echokardiografickým vyšetřením potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Polyarteritis nodosa</b>	Jedná se o systémové onemocnění povahy vaskulitidy postihující více orgánů. Musí být doloženo postižení alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybový aparát. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem na základě bioptického vyšetření.	Zpráva odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.
30 %	<b>Wegnerova granulomatózní vaskulitida</b>	Jedná se o systémové onemocnění typu vaskulitidy, které postihuje více orgánů současně. Musí být doloženo postižení alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybový aparát. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem.	Zpráva odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinně předkládané pojistovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
30 %	<b>Churgův-Straussův syndrom – polyarteritis s postižením plic</b>	Jedná se o systémové onemocnění vaskulitidy postihující více orgánů. Musí být doloženo postižení alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybový aparát. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem nebo pneumologem.	Zpráva odborného lékaře revmatologa nebo pneumologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Kawasakiho vaskulitida</b>	Jedná se o systémové onemocnění povahy vaskulitidy postihující více orgánů. Musí být doloženo postižení alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybové ústrojí. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem.	Zpráva odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.
30 %	<b>Takayasuova vaskulitida</b>	Jedná se o systémové onemocnění povahy vaskulitid postihující více orgánů. Musí být doloženo postižení alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybový aparát. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem.	Zpráva odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.
30 %	<b>Systémová progresivní sklerodermie a CREST syndrom</b>	Jedná se o systémové onemocnění povahy způsobené difúzní fibrózou kůže, cév a vnitřních orgánů. Diagnóza musí být doložena biopsií a sérologickým vyšetřením při současném postižení alespoň jednoho z následujících orgánů: srdce, plic nebo ledvin. Diagnóza musí být potvrzena revmatologem. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> lokalizovanou sklerodermii (lineární nebo morphea), eosinofilní fasciitidu.	Zpráva odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.
30 %	<b>Crohnova choroba</b>	Jedná se o závažné onemocnění střev nejasné příčiny. Diagnóza musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením vycházejícím z výsledků doloženého koloskopického, histologického a laboratorního nálezu.	Zpráva odborného lékaře gastroenterologa a příslušná laboratorní, kolonoskopická a histologická vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem gastroenterologem.
30 %	<b>Encefalitida – Creutzfeldt-Jacobson</b>	Creutzfeldovou-Jacobsonovou nemocí se rozumí onemocnění způsobující trvalé a nevratné poškození mozkové tkáně infekcí. Vždy je třeba lékařské potvrzení o diagnóze Creutzfeldova-Jacobsonova nemoc. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.	Zpráva odborného lékaře neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem neurologem.
30 %	<b>Encefalitida – klíšťová</b>	Jedná se o zánět mozkové tkáně způsobený virovou infekcí, s následkem takového postižení pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Encefalitida – Poliomyelitida (Dětská obrna)</b>	Jedná se o zánět mozkové tkáně způsobený virem polio, s následkem takového postižení pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena tato diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Encefalitida japonská</b>	Jedná se o zánět mozkové tkáně způsobený prokázanou příslušnou virovou infekcí. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě provedených laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Encefalitida – Reyeův syndrom</b>	Jedná se o virovou infekci (způsobenou chřipkovými nebo herpetickými viry) postihující zejména játrní a mozkovou tkáň, zpravidla ve spojení s užitím kyseliny acetylsalicylové. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Encefalitida virová, bakteriální</b>	Jedná se o zánět mozkové tkáně způsobený virovou nebo bakteriální infekcí, s následkem takového postižení pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Meningitida virová, bakteriální</b>	Jedná se o zánět mozkových blan a mozku způsobený virovou nebo bakteriální infekcí. Diagnóza musí být doložena zprávou příslušného infekcionisty nebo neurologa a podpořena pozitivním nálezem výsledku vyšetření mozkomíšního moku (získaného lumbální punkcí) a jinými dalšími pro potvrzení tohoto onemocnění nutnými laboratorními výsledky a testy včetně serologických).	Zpráva odborného lékaře infekcionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinné předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
30 %	<b>Meningoencefalitida virová, bakteriální</b>	Jedná se o zánět mozkových blan a mozku způsobený virovou nebo bakteriální infekcí. Diagnóza musí být doložena zprávou příslušného infekcionista nebo neurologa a podpořena pozitivním nálezem výsledku vyšetření mozkomíšního moku (získaného lumbální punkcí) a jinými dalšími pro potvrzení tohoto onemocněními nutnými laboratorními výsledky a testy, včetně serologických).	Zpráva odborného lékaře infekcionista nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Hepatitida fulminantní</b>	Je masivní nekróza jaterní tkáně při akutní virové hepatitidě, která vede k rozvoji jaterního selhání charakterizovaného přítomností žloutenky, rychlým zmenšením jater, rychlým zhoršováním jaterních testů a rozvojem jaterní encefalopatie do 1 měsíce od počátku potíží. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infekcionista.	Zpráva odborného lékaře hepatologa nebo infekcionista potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Hepatitida virová – C</b>	Tato diagnóza musí být doložena laboratorními (serologickými) testy, které společně s obtížemi, klinickým nálezem a jinými laboratorními testy (včetně testů jaterních) umožní infekcionista jednoznačně potvrdit uvedenou diagnózu probíhajícího onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infekcionista.	Zpráva odborného lékaře hepatologa nebo infekcionista s výsledky serologických testů potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Hepatitida virová – D</b>	Tato diagnóza musí být doložena laboratorními (serologickými) testy, které společně s obtížemi, klinickým nálezem a jinými laboratorními testy (včetně testů jaterních) umožní infekcionista jednoznačně potvrdit uvedenou diagnózu probíhajícího onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infekcionista.	Zpráva odborného lékaře hepatologa nebo infekcionista s výsledky serologických testů potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události stanovení diagnózy je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Hepatitida virová – E</b>	Tato diagnóza musí být doložena laboratorními (serologickými) testy, které společně s obtížemi, klinickým nálezem a jinými laboratorními testy (včetně testů jaterních) umožní infekcionista jednoznačně potvrdit uvedenou diagnózu probíhajícího onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infekcionista.	Zpráva odborného lékaře hepatologa nebo infekcionista s výsledky serologických testů potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 %	<b>Vzteklina (Encefalitida)</b>	Jedná se o zánět nervů a mozku způsobený virem Rabies. Diagnóza musí být potvrzena infekcionista nebo neurologem.	Zpráva odborného lékaře infekcionista nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
10 %	<b>Rakovina in situ</b>	Je preinvasivní nádor, tj. nádor s nerozvinutým obrazem zhoubného nádoru. Diagnóza musí být stanovena histologicky. Není přítomna invaze do stromatu. Musí být jasně z dokumentace histopatologický číselný kód MN 8000-9999/2. Klíčové pro rozlišení karcinomu in situ je v čísle za lomítkem /2/.	Zpráva odborného lékaře onkologa, gynekologa, gastroenterologa, urologa nebo jiného odborného lékaře s výsledky histologických testů potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
10 %	<b>Lymská borelióza</b>	Lymskou boreliózu ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci laboratorně potvrzené příslušným odborným pracovištěm – neurologie nebo infekčním oddělením). Musí být dokumentována přítomnost klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.	Zpráva odborného lékaře infekcionista nebo neurologa potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
10 %	<b>Tuberkulóza</b>	Tuberkulózu se ve smyslu tohoto onemocnění rozumí infekční onemocnění způsobené Mycobacterií tuberculosis (Kochův bacil), získané nákazou od infikované osoby nebo požitím kontaminované potraviny (mléko...). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, odborné oddělení dle konkrétního napadeného orgánu – plíce, ledviny, kosti, mozkové obaly...) laboratorní kultivací nebo mikroskopickou detekcí Kochova bacilu. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> pojištěného, který nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře, případy abusu návykových látek a diagnostikované pozitivní HIV.	Zpráva odborného lékaře infekcionista, pneumologa nebo ftiseologa potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
10 %	<b>Tetanus</b>	Jedná se o infekční onemocnění způsobené bakterií Clostridium tetani. Musí se jednat o těžší formu onemocnění s nutností hospitalizace. Diagnóza musí být doložena průkazem přítomnosti bakterie Clostridium tetani a musí být stanoven stupeň závažnosti 2 nebo 3 Eyrichovy klasifikace, anebo těžké onemocnění tetanem podle Garniera. Dnem stanovení diagnózy je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.	Potvrzenou kopii zprávy odborného lékaře infekcionista potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem infekcionista.
10 %	<b>Břišní tyfus</b>	Jedná se o infekční onemocnění způsobené bakterií Salmonella typhi získané požitím kontaminovaných potravin nebo tekutin, případně nákazou od bacilonosiče. Musí se jednat o těžší formu onemocnění provázené vysokými teplotami, krvavými průjmy a komplikacemi (např. krvácení do střev, zánět pobřišnice, postižení kostní dřeně) popsány v lékařské zprávě. Diagnóza musí být doložena průkazem infekčního agens mikrobiologickým vyšetřením. <b>Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o:</b> onemocnění paratyfem A, B, C, a na bacilonosiče.	Zpráva odborného lékaře infekcionista potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem infekcionista.
10 %	<b>Cholera</b>	Jedná se o průjmovitě a dehydratující onemocnění způsobené virem vibrio cholerae. Diagnóza musí být potvrzena infekcionista na základě klinického průběhu onemocnění a musí být prokázána laboratorními vyšetřeními.	Zpráva odborného lékaře infekcionista potvrzující tuto diagnózu. Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem infekcionista.

Plnění v % pojistné částky	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinné předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + den pojistné události
10 %	Horečka dengue	Jedná se o horečnaté onemocnění způsobené virem dengue, přenášeným komáry. Diagnóza musí být potvrzena infekcionista na základě průběhu onemocnění a musí být prokázána laboratorními vyšetřeními.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem infekcionista.
10 %	Žlutá zimnice	Jedná se o horečnaté onemocnění způsobené virem z čeledi Flaviviridae. Diagnóza musí být potvrzena infekcionista na základě průběhu onemocnění a musí být prokázána laboratorními vyšetřeními.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem infekcionista.
10 %	Schistosomóza	Jedná se o onemocnění způsobené různými druhy motolic (dříve známé jako bilharzióza). Diagnóza musí být potvrzena infekcionista na základě klinického průběhu onemocnění a musí být potvrzena laboratorními vyšetřeními.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem infekcionista.
10 %	Malárie	Jedná se o parazitární onemocnění krve způsobené prvky rodu Plasmodia. Diagnóza musí být potvrzena infekcionista na základě průběhu onemocnění a laboratorními vyšetřeními.	Zpráva odborného lékaře infekcionisty potvrzující tuto diagnózu.  Dnem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem infekcionista.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY  
NN ŽIVOTNÍ POJIŠŤOVNY N.V.,  
POBOČKA PRO ČESKOU REPUBLIKU  
(DÁLE JEN „POJIŠŤOVNA“)  
PRO POJIŠTĚNÍ TYPU

### **PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO S VÝPLATOU RENTY COP2**

#### **Článek 1 – Které právní dokumenty jsou pro mne důležité a jak se použijí?**

- Tyto zvláštní pojistné podmínky připojištění pro případ zproštění od placení pojistného s výplatou renty COP2 (dále jen „ZPP COP2“) tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a doplňují je všeobecné pojistné podmínky pojišťovny pro životní pojištění (dále jen „VPP“).
- Ustanovení těchto ZPP COP2 mají přednost před VPP; konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP COP2.  
Toto připojištění je možné sjednat pouze jako doplňkové pojištění k hlavnímu životnímu pojištění (dále jen „hlavní krytí“).
- Pokud jsou ve VPP uvedena ustanovení o protiinflačním programu a o možnosti zvyšování pojistné částky bez zkoumání zdravotního stavu, pak se na toto připojištění nevztahují.**

#### **Článek 2 – Co připojištění kryje a na jaké pojistné plnění mám nárok při pojistné události?**

- Pro toto připojištění platí, že pojištěným se vždy rozumí pojistník.
- Pojistnou událostí v rámci tohoto připojištění je 3. stupeň invalidity pojištěného.**
- Invalidita pojištěného je pojistnou událostí pouze tehdy, jestliže:
  - a) z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěného nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 %;
  - b) invalidita 3. stupně (ve smyslu splnění podmínky dle písm. a) tohoto odstavce) bude pojištěnému uznána v rámci posudku příslušného orgánu sociálního zabezpečení o invaliditě;
  - c) úředně ověřená kopie tohoto posudku o invaliditě bude pojišťovně doložena.
- Zároveň platí, že **invalidita není pojistnou událostí, pokud ke vzniku invalidity způsobené jinak než výlučně následkem úrazu dojde před uplynutím čekací doby 2 let od počátku připojištění.**
- Za den vzniku pojistné události se považuje den vzniku invalidity 3. stupně uvedený v posudku příslušného orgánu sociálního zabezpečení o invaliditě. Pro určení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného se použije metodika příslušných právních předpisů o důchodovém pojištění k určení 3. stupně invalidity s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které pojištěný mohl vykonávat předtím, než k poklesu pracovní schopnosti došlo.
- V případě pojistné události je pojistným plněním ze strany pojišťovny:**

a) **zproštění pojistníka od povinnosti platit pojistné za hlavní krytí i veškerá připojištění sjednaná v pojistné smlouvě** (pojistné za pojistníka hraadí pojišťovna). Pojišťovna započne s pojistným plněním (zproští pojistníka od povinnosti platit pojistné) počínaje nejbližším datem splatnosti pojistného, které následuje po dni vzniku pojistné události, a skončí ke dni splatnosti pojistného, ke kterému pojištěný nedoloží svůj nárok na pojistné plnění dle odst. 7 tohoto článku, nejpozději však ke dni zániku tohoto připojištění,

b) **a výplata pojistného plnění ve formě renty, pokud je k tomuto připojištění výslovně sjednána, která se vyplácí po dobu trvání zproštění od placení v pravidelných měsíčních dávkách, jejichž výše je dohodnuta v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně), a to některým z následujících způsobů podle volby pojištěného učiněné při oznámení pojistné události:**

- do Garantovaného fondu (jak je tento pojem specifikován ve zvláštních pojistných podmínkách hlavního krytí), pokud je pojišťovnou tento fond nabízen k investicím v rámci hlavního krytí, ke kterému je toto připojištění sjednáno, nebo
- na pojištěným určený bankovní účet za účelem úhrady jeho závazků z jiné smlouvy o finanční službě (např. smlouva o penzijním připojištění, smlouva o doplňkovém penzijním spoření, jiná pojistná smlouva apod.).

- Pojištěný je povinen doložit svůj nárok na pojistné plnění při oznámení pojistné události a dále pak každý další rok trvání pojistného plnění před dnem splatnosti pojistného, který se označením shoduje s datem splatnosti pojistného, v němž bylo s pojistným plněním započato, má-li zájem na pokračování pojistného plnění ze strany pojišťovny, nejdéle však do zániku připojištění.** Při oznámení pojistné události se nárok dokládá posudkem příslušného orgánu sociálního zabezpečení o invaliditě, ve kterém je pojištěnému uznána invalidita 3. stupně (ve smyslu splnění podmínky dle odst. 3 písm. a) tohoto článku), a v následujících letech trvání pojistného plnění se dokládá aktualizovanými posudky příslušného orgánu sociálního zabezpečení o invaliditě, ve kterých bude v rámci kontroly míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného potvrzeno trvání invalidity 3. stupně (ve smyslu splnění podmínky dle odst. 3 písm. a) tohoto článku).
- Pojistná událost se oznamuje bez zbytečného odkladu do sídla pojišťovny, a to na předepsaném tiskopise pojišťovny „Oznámení pojistné události“, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v prostředí klienta portálu pojišťovny.** Nebude-li pojištěný s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu schopen sám pojišťovně oznámit pojistnou událost a požádat o výplatu pojistného plnění ve formě renty, je k oznámení pojistné události oprávněna také osoba blízká k pojištěnému či žijící s ním ve společné domácnosti, popř. i jiná osoba, která má na pojistné plnění právní zájem. Pojistné plnění ve formě renty bude v takovém případě vyplaceno na bankovní účet sjednaný

pro tyto účely v pojistné smlouvě, neurčí-li pojištěný v rámci šetření pojistné události jinak.

- Pojistnou událostí připojištění nezaniká.** Dojde-li po ukončení pojistného plnění k novému uznání invalidity 3. stupně příslušným orgánem sociálního zabezpečení, resp. ke splnění podmínek dle odst. 3 tohoto článku, je možné tuto skutečnost nahlásit jako novou pojistnou událost.

#### **Článek 3 – Kdy mám platit pojistné a v jaké výši?**

- Pojistné je stanoveno jako běžné pojistné s pojistnými obdobími dohodnutými v pojistné smlouvě pro běžné pojistné hlavního krytí.
- Výše běžného pojistného se rovná násobku pojistné částky pro toto pojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku na celou dobu trvání pojištění v závislosti na délce sjednané pojistné doby a věku pojištěného k počátku pojištění. Pojistnou částkou se v tomto případě rozumí součet běžného pojistného za hlavní krytí a všechna další připojištění sjednaná v pojistné smlouvě (s výjimkou tohoto připojištění COP2) před zohledněním případných slev na pojistné.

#### **Článek 4 – Na jakou dobu připojištění sjednávám?**

- Připojištění se sjednává na dobu 1 roku.
- Připojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek a o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané doby jednoho roku nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto připojištění nemá zájem. Připojištění může být takto opakovaně prodlužováno po dobu trvání hlavního krytí, nejdéle však do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).

#### **Článek 5 – Na které případy se připojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?**

**Právo na pojistné plnění vznikne, pokud k invaliditě došlo v přímé nebo nepřímé souvislosti:**

- se sebevraždou pojištěného, pokusem o ni nebo při úmyslném sebepoškození pojištěného včetně úmyslného nevyhledání lékařské péče nebo úmyslného nedbání lékařských pokynů, a to bez ohledu na aktuální duševní stav pojištěného;**
- s diagnostickým, výzkumným, kosmetickým, terapeutickým nebo preventivním zákrokem, který si pojištěný provede nebo nechá provést, a který není z lékařského hlediska nezbytný, včetně všech zákroků nepředepsaných lékařem;**
- s rentgenovým, ionizujícím nebo jaderným zářením, které bylo způsobeno výbuchem nebo poruchou těchto zařízení a přístrojů nebo neodborným zacházením odpovědných osob;**
- s výkonem prací pojištěným, které jsou zakázány pracovními předpisy a předpisy s nimi souvisejícími.**

#### **Článek 6 – V jakých situacích připojištění zaniká?**

- Zanikne-li hlavní krytí, zaniká dnem jeho zániku i toto připojištění.

- Zemře-li pojištěný v průběhu trvání tohoto připojištění, zaniká dnem jeho úmrtí toto připojištění bez náhrady.
- Připojištění zaniká ke dni, kdy je pojištěnému přiznáno starobní důchod.
- Připojištění rovněž automaticky zaniká v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění uvedeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně), a to ke dni výročí hlavního krytí.
- Připojištění zaniká uplynutím sjednané doby, není-li připojištění automaticky prodlouženo dle ustanovení čl. 4, odst. 2 těchto ZPP COP2.
- Další způsoby zániku tohoto připojištění stanoví příslušná ustanovení VPP.

### Článek 7 – Jaká další pravidla se týkají tohoto připojištění?

- Za účelem stanovení pojistného rizika a výše pojistného zkoumá pojišťovna při sjednávání tohoto připojištění zdravotní stav pojištěného. Zdravotní stav pojištěného zkoumá pojišťovna zejména na základě dotazníku o zdravotním stavu, který je pojištěný při sjednávání tohoto připojištění povinen pravdivě a úplně vyplnit (neustanoví-li pojišťovna výjiměčně jinak), a případně také na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádané pojišťovnou nebo jím pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujícího lékaře pojištěného či lékaře specialisty. **Na žádost pojišťovny je pojištěný rovněž povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou, tj. pojišťovna je oprávněna v odůvodněných případech přezkoumat zdravotní stav pojištěného, včetně jeho pracovní schopnosti, lékařem, kterého sama určí. Na základě těchto zjištění pojišťovna potvrdí sjednání tohoto připojištění beze změny, navrhne jeho změnu (podá protínávrh), popř. připojištění s ohledem na zdravotní stav pojištěného ukončí.**
- Pojišťovna si rovněž vyhrazuje právo přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, jeho pracovní schopnost, včetně splnění podmínek pro uznání invalidity 3. stupně v době pojistného plnění dle tohoto připojištění, tj. v době zproštění od placení pojistného.
- Pojistník nebo pojištěný je povinen informovat pojišťovnu o veškerých změnách skutečností, které byly uvedeny v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) nebo na které se pojišťovna tážala, k nimž dojde během trvání připojištění, a to bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy ke změně došlo. Pojistník nebo pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně osobních/kontaktních údajů a dále o změně dalších údajů, které mají vliv na existenci pojistného zájmu.
- Je-li pro určitý úkon v těchto ZPP COP2 a/nebo příslušných právních předpisech stanovena lhůta a počátek lhůty případně na den, který není pracovním dnem, počíná lhůta běžet až nejbližší pracovní den následující. Pojišťovna si vyhrazuje právo přiměřeně prodloužit sjednané lhůty v případě, že dojde k neočekávanému nebo okolnostmi vynucenému technickému přerušování funkčnosti interních systémů pojišťovny.
- Pojišťovna má právo v případě vzniku rozumné potřeby změny (zejména v návaznosti na vývoj právního prostředí, při změně přístupu příslušného dohledového orgánu, v zájmu zlepšení kvality poskytovaných služeb, v souvislosti s technickým rozvojem nebo z důvodu podstatné změny tržních podmínek) provést přiměřenou změnu těchto ZPP COP2 a/nebo sazebníku. Pojišťovna v takovém případě doručí písemný návrh nového znění ZPP COP2 pojistníkovi na poslední známou kontaktní adresu; jde-li o změnu sazebníku, zveřejní jeho nové znění na internetových stránkách pojišťovny. Den účinnosti změny musí být stanoven tak, aby mezi doručením nového znění ZPP COP2 pojistníkovi a/nebo zveřejněním nového znění sazebníku a dnem účinnosti této změny bylo období nejméně 45 kalendářních dní. Pojistník má právo změnu těchto ZPP COP2 a/nebo změnu sazebníku, týká-li se tohoto připojištění, odmítnout a současně v takovém případě toto připojištění vypovědět. Výpovědní doba činí 20 kalendářních dní ode dne doručení písemné výpovědi. **Nedoručí-li pojistník do sídla pojišťovny nejméně 30 kalendářních dní před dnem účinnosti změny sdělení, že změnu odmítá a současně připojištění vypovídá, potvrzuje tím pojistník svůj souhlas se změnou ZPP COP2 a/nebo sazebníku ve znění, v jakém bylo pojišťovnou navrženo.**

### Článek 8 – Od kdy jsou tyto zvláštní pojistné podmínky účinné?

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. května 2015.

### Článek 9 – Slovníček pojmů – jaké pojmy jsou pro mne důležité?

Pojmy, které nejsou vymezeny v tomto článku, mají význam, který je jim přiřazen ve VPP. Pro tyto zvláštní pojistné podmínky se vymezují následující pojmy:

#### Čekací doba

Doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi.

#### Sazebník

Sazebník pojišťovny obsahující pro jednotlivé druhy hlavního krytí a připojištění sazby pojistného, maximální a minimální limity pojistných částek a výše pojistného, koeficienty maximální pojistné částky ve vztahu k výši pojistného a věku pojištěného a dále také informace o rizikových skupinách a jejich vlivu na výši pojistného; aktuální znění sazebníku je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v sídle pojišťovny.

#### Úraz

Neočekávané a náhlé působení vlastní tělesné síly nebo zevních sil nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání připojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt, přičemž zevními silami se rozumí i nepřerušované působení vysokých nebo nízkých teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu, chemických látek a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických); za způsobenou úrazem se pojistná událost považuje také tehdy, jestliže k ní dojde nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu nebo místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků viru HIV nebo bakterií tetanu do otevřených rány způsobené úrazem. Za úraz se naopak nepovažuje: synovialitida, epikondylitida, tříselná a pupeční kýla, výhřez meziobratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně vertebrogenních algických syndromů, a to ani v případě, kdy je jejich příčinou úraz.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY  
NN ŽIVOTNÍ POJIŠŤOVNY N.V.,  
POBOČKA PRO ČESKOU REPUBLIKU  
PRO POJIŠTĚNÍ TYPU  
**PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD  
INVALIDNÍHO DŮCHODU CID3  
PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD  
INVALIDNÍHO DŮCHODU CID4**

### Článek 1 – Které právní dokumenty jsou pro mne důležité a jak se používají?

- Tyto zvláštní pojistné podmínky připojištění pro případ invalidního důchodu CID3 a připojištění pro případ invalidního důchodu CID4 (dále jen „ZPP CID3 a CID4“) tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a doplňují je všeobecné pojistné podmínky pojišťovny pro životní pojištění (dále jen „VPP“).
- Ustanovení těchto ZPP CID3 a CID4 mají přednost před VPP; konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP CID3 a CID4. Tato připojištění je možné sjednat pouze jako doplňková pojištění k hlavnímu životnímu pojištění (dále jen „hlavní krytí“). **Připojištění pro případ invalidního důchodu CID3 a připojištění pro případ invalidního důchodu CID4 nelze sjednat současně.** Není-li dále v těchto ZPP CID3 a CID4 výslovně uvedeno jinak, rozumí se pojmem připojištění (v jednotném čísle), kterékoli z obou shora specifikovaných připojištění CID3 a CID4.
- Pokud jsou ve VPP uvedena ustanovení o protiinflačním programu a o možnosti zvyšování pojistné částky bez zkoumání zdravotního stavu, pak se na toto připojištění nevztahují.**

### Článek 2 – Co připojištění kryje a na jaké pojistné plnění mám nárok při pojistné události?

- Pojistnou událostí v rámci tohoto připojištění je 1., 2. nebo 3. stupeň invalidity pojištěného.
- Invalidita pojištěného je pojistnou událostí pouze tehdy, jestliže:
  - z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěného nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 % (max. však o 49 %) u invalidity 1. stupně, nejméně o 50 % (max. však o 69 %) u invalidity 2. stupně anebo nejméně o 70 % u invalidity 3. stupně;
  - invalidita 1., 2. nebo 3. stupně (ve smyslu splnění podmínky dle písm. a) tohoto odstavce) bude pojištěnému uznána v rámci posudku příslušného orgánu sociálního zabezpečení o invaliditě;
  - úředně ověřená kopie tohoto posudku o invaliditě bude pojišťovně doložena.

- Zároveň platí, že invalidita není pojistnou událostí, pokud ke vzniku invalidity způsobené jinak než výlučně následkem úrazu dojde před uplynutím čekací doby 2 let od počátku připojištění.
- Za den vzniku pojistné události se považuje den vzniku invalidity 1., 2. nebo 3. stupně uvedený v posudku příslušného orgánu sociálního zabezpečení o invaliditě. Pro určení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného se použije metodika příslušných právních předpisů o důchodovém pojištění k určení 1., 2. nebo 3. stupně invalidity s přihlédnutím k vydělečným činnostem, které pojištěný mohl vykonávat předtím, než k poklesu pracovní schopnosti došlo.
- V případě pojistné události – invalidity 1. stupně – vyplatí pojišťovna oprávněné osobě pojistné plnění ve výši 20 % sjednané pojistné částky. Současně se o 20 % sníží pojistné za toto připojištění. **Po této pojistné události lze jako další pojistnou událost uplatnit pouze invaliditu 2. nebo 3. stupně.**
- V případě pojistné události – invalidity 2. nebo 3. stupně – vyplatí pojišťovna oprávněné osobě pojistné plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky. **Pokud před touto pojistnou událostí již bylo z tohoto připojištění vyplaceno pojistné plnění za 1. stupeň invalidity, pojišťovna vyplatí pojištěnému pouze 80 % sjednané pojistné částky.**
- V případě pojistné události – invalidity 3. stupně z důvodu diagnózy „kvadruplegie“ nebo „terminálního onemocnění“ vyplatí pojišťovna oprávněné osobě pojistné plnění ve výši 150 % sjednané pojistné částky. **Pokud před touto pojistnou událostí již bylo z tohoto připojištění vyplaceno pojistné plnění za 1. stupeň invalidity, pojišťovna vyplatí pojištěnému pouze 130 % sjednané pojistné částky.**
- Nárok na pojistné plnění je nutné doložit posudkem příslušného orgánu sociálního zabezpečení o invaliditě, ve kterém je pojištěnému uznána invalidita 1., 2. nebo 3. stupně (ve smyslu splnění podmínky dle odst. 2 písm. a) tohoto článku).
- Pojistná událost se oznamuje bez zbytečného odkladu do sídla pojišťovny, a to na předepsaném tiskopise pojišťovny „Oznámení pojistné události“, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v prostředí klientského portálu pojišťovny. Nebude-li pojištěný s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu schopen sám pojišťovně oznámit pojistnou událost a požádat o výplatu pojistného plnění, je k oznámení pojistné události oprávněna také osoba blízká k pojištěnému či žijící s ním ve společné domácnosti, popř. jiná osoba, která má na pojistném plnění právní zájem. Pojistné plnění bude v takovém případě vyplaceno na bankovní účet sjednaný pro tyto účely v pojistné smlouvě, neurčí-li pojištěný v rámci žetření pojistné události jinak.**
- Je-li pojistnou událostí invalidita 1. stupně, připojištění touto pojistnou událostí nezaniká.**

### Článek 3 – Kdy mám platit pojistné a v jaké výši?

- Pojistné je stanoveno jako běžné pojistné s pojistnými obdobími dohodnutými v pojistné smlouvě pro běžné pojistné hlavního krytí.
- Výše běžného pojistného u připojištění pro případ invalidního důchodu CID3 se rovná násobku pojistné částky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku pro aktuální věk pojištěného a pro aktuální pojistný rok. Výše běžného pojistného u připojištění pro případ invalidního důchodu CID4 se rovná násobku pojistné částky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku na celou dobu trvání připojištění v závislosti na věku pojištěného k počátku připojištění a na délce doby od počátku připojištění do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).
- U připojištění pro případ invalidního důchodu CID3, pro které se sjednávají v čase rostoucí sazby pojistného (tzv. přirozené pojistné), je konkrétní výše běžného pojistného pro první pojistný rok uvedena v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) a konkrétní výše běžného pojistného pro každý další pojistný rok bude pojistníkovi oznámena písemně v dostatečném předstihu; toto písemné oznámení pojišťovna odešle pojistníkovi nejpozději 8 týdnů před výročním hlavním krytím.

#### Článek 4 – Na jakou dobu připojištění sjednávám?

1. Připojištění se sjednává na dobu 1 roku. Pokud je však počátek připojištění stanoven k jinému dni než je výročí hlavního krytí, sjednává se připojištění v prvním roce jeho trvání na dobu kratší, a to do dne nejbližšího následujícího výročí hlavního krytí.
2. Připojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek o dobu dalšího 1 roku, pokud pojišťovna nebo pojištník nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto připojištění nemá zájem. Tohoto svého práva pojišťovna ovšem využije pouze ve vztahu ke všem pojištníkům v rámci tohoto připojištění, nikoliv v individuálních případech. Připojištění může být takto opakovaně prodlužováno po dobu trvání hlavního krytí, nejdéle však do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).

#### Článek 5 – Na které případy se připojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?

Právo na pojistné plnění nevznikne, pokud k invaliditě došlo v přímé nebo nepřímé souvislosti:

- a) se sebevraždou pojištěného, pokusem o ni nebo při úmyslném sebepoškození pojištěného včetně úmyslného nevyhledání lékařské péče nebo úmyslného nedbání lékařských pokynů, a to bez ohledu na aktuální duševní stav pojištěného;
- b) s diagnostickým, výzkumným, kosmetickým, terapeutickým nebo preventivním zákrokem, který si pojištěný provede nebo nechá provést, a který není z lékařského hlediska nezbytný, včetně všech zákroků nepředešpaných lékařem;
- c) s duševní poruchou pojištěného;
- d) s poruchou nebo ztrátou vědomí pojištěného, náhlou cévní příhodou, epileptickým nebo jiným křečovým záchvatem, který zasáhne celé tělo pojištěného, pokud nebyl úraz jejich výlučnou příčinou;
- e) s rentgenovým, ionizujícím nebo jaderným zářením, které bylo způsobeno výbuchem nebo poruchou těchto zařízení a přístrojů nebo neodborným zacházením odpovědných osob;
- f) s profesionálním provozováním sportu pojištěným;
- g) s výkonem prací pojištěným, které jsou zakázány pracovními předpisy a předpisy s nimi souvisejícími;
- h) s úrazem pojištěného, který nastal v souvislosti s jakoukoliv jeho nemocí, včetně zhoršení nemoci, nebo v souvislosti s chronickými zdravotními komplikacemi existujícími před takovým úrazem;
- i) se zhoršením nemoci pojištěného, ke kterému došlo v důsledku úrazu pojištěného;
- j) s úrazem pojištěného vzniklým při provozování sportů pojištěným, a to sportů extrémně rizikových nebo sportů provozovaných v extrémních podmínkách a/nebo vyžadujících speciální technické vybavení (jako jsou např. horolezectví a vysokohorská turistika nad 3 000 m. n. m.; potápění s použitím dýchacího přístroje pod 40 metrů a potápění jeskyní, vrakové a pod ledem; závody všech motorových prostředků včetně přípravných zkoušek; všechny aviatičké sporty a lety jinými letouny, než jsou letadla licencovaných leteckých dopravců; adrenalinové sporty hazardní povahy, tj. takové, které jsou provozovány bez obvyklého jistění nebo v jiných než obvyklých podmínkách – např. lezení bez jistění lanem, lyžování mimo upravené tratě, cyklistika mimo vyznačené tratě);
- k) s úrazem pojištěného vzniklým při letectví z předpokladu že, pojištěný je účastníkem letu a nejedná se o oficiálně registrované pravidelné nebo charterové lety provozované licencovanými leteckými dopravci.

Výluky uvedené v tomto odstavci pod písm. d), f), h)–k) platí pouze pro případ, že se jedná o invaliditu následkem úrazu.

#### Článek 6 – V jakých situacích připojištění zaniká?

1. Zanikne-li hlavní krytí, zaniká dnem jeho zániku i toto připojištění.
2. Zemře-li pojištěný v průběhu trvání připojištění, zaniká dnem jeho úmrtí toto připojištění bez náhrady.
3. Je-li pojištnou událostí invalidita 2. nebo 3. stupně, připojištění zaniká ke dni vzniku této pojistné události.
4. Připojištění zaniká také ke dni, kdy je pojištěnému přiznán starobní důchod.
5. Připojištění rovněž automaticky zaniká v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění uvedeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně), a to ke dni výročí hlavního krytí.

6. Připojištění zaniká uplynutím sjednané doby, není-li připojištění automaticky prodlouženo dle ustanovení čl. 4, odst. 2 těchto ZPP CID3 a CID4.
7. Další způsoby zániku tohoto připojištění stanoví příslušná ustanovení VPP.

#### Článek 7 – Jaká další pravidla se týkají tohoto připojištění?

1. Za účelem stanovení pojistného rizika a výše pojistného zkoumá pojišťovna při sjednávání tohoto připojištění zdravotní stav pojištěného. Zdravotní stav pojištěného zkoumá pojišťovna zejména na základě dotazníku o zdravotním stavu, který je pojištěný při sjednávání tohoto připojištění povinen pravidelně a úplně vyplnit (neustanoví-li pojišťovna výjiměčně jinak), a případně také na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádané pojišťovnou nebo jím pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujícího lékaře pojištěného či lékaře speciality. **Na žádost pojišťovny je pojištěný rovněž povinen prodobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou, tj. pojišťovna je oprávněna v odůvodněných případech prozkoumat zdravotní stav pojištěného, včetně jeho pracovní schopnosti, lékařem, kterého sama určí. Na základě těchto zjištění pojišťovna potvrdí sjednání tohoto připojištění beze změny, navrhne jeho změnu (podá protinávrh), popř. připojištění s ohledem na zdravotní stav pojištěného ukončí.**
2. Pojištník nebo pojištěný je povinen informovat pojišťovnu o veškerých změnách skutečnosti, které byly uvedeny v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) nebo na které se pojišťovna tážala, k nimž dojde během trvání připojištění, a to bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy ke změně došlo. Pojištník nebo pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně osobních/kontaktních údajů a dále o změně dalších údajů, které mají vliv na existenci pojistného zájmu.
3. Je-li pro určitý úkon v těchto ZPP CID3 a CID4 a/nebo příslušných právních předpisech stanovena lhůta a počátek lhůty případně na den, který není pracovním dnem, počná lhůta běžet až nejbližší pracovní den následující. Pojišťovna si vyhrazuje právo přiměřeně prodloužit sjednané lhůty v případě, že dojde k neočekávanému nebo okolnostmi vynucenému technickému přerušování funkčnosti interních systémů pojišťovny.
4. **Pojišťovna má právo v případě vzniku rozumné potřeby změny (zejména v návaznosti na vývoj právního prostředí, při změně přístupu příslušného dohledového orgánu, v zájmu zlepšení kvality poskytovaných služeb, v souvislosti s technickým rozvojem nebo z důvodu podstatné změny tržních podmínek) provést přiměřenou změnu těchto ZPP CID3 a CID4 a/nebo sazebníku. Pojišťovna v takovém případě doručí písemný návrh nového znění ZPP CID3 a CID4 pojištníkovi na poslední známou kontaktní adresu; jde-li o změnu sazebníku, zveřejní jeho nové znění na internetových stránkách pojišťovny. Den účinnosti změny musí být stanoven tak, aby mezi doručením nového znění ZPP CID3 a CID4 pojištníkovi a/nebo zveřejněním nového znění sazebníku a dnem účinnosti této změny bylo období nejméně 45 kalendářních dní. Pojištník má právo změnu těchto ZPP CID3 a CID4 a/nebo změnu sazebníku, týká-li se tohoto připojištění, odmítnout a současně v takovém případě toto připojištění vypovědět. Výpovědní doba činí 20 kalendářních dní ode dne doručení písemné výpovědi. **Nedoručí-li pojištník do sídla pojišťovny nejméně 30 kalendářních dní před dnem účinnosti změny sdělení, že změnu odmítá a současně připojištění vypovídá, potvrzuje tím pojištník svůj souhlas se změnou ZPP CID3 a CID4 a/nebo sazebníku ve znění, v jakém bylo pojišťovnou navrženo.****

#### Článek 8 – Od kdy jsou tyto zvláštní pojistné podmínky účinné?

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. října 2015.

#### Článek 9 – Slovníček pojmů – jaké pojmy jsou pro mne důležité?

Pojmy, které nejsou vymezeny v tomto článku, mají význam, který je jim přiřazen ve VPP. Pro tyto zvláštní pojistné podmínky se vymezují následující pojmy:

##### Čekací doba

Doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi.

##### Kadruplegie

Úplné nebo částečné ochrnutí všech čtyř končetin a trupu.

#### Pojistný rok

Období dvanácti měsíců následujících od počátku pojištění (hlavního krytí) do data prvního výročí hlavního krytí a dále období mezi daty po sobě následujícího výročí hlavního krytí.

#### Profesionální provozování sportu

Sportovní činnost vykonává jako povolání na základě smlouvy uzavřené se sportovním klubem či jiným subjektem podnikáním v této oblasti, pokud je z takové smlouvy zřejmé, že sportovcem výkonem sportovní činnosti (formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně) získává finanční prostředky k uspokojování svých potřeb (zpravidla se jedná o jeho hlavní, případně převažující zdroj příjmů); profesionálním provozováním sportu se rozumí i provozování plně kontaktních sportů a sportovní činnost v rámci nejvyšší celostátní seniorské soutěže v příslušném druhu sportu (bez ohledu na obsah či existenci smlouvy), a to i tehdy, pokud vedle sportovní činnosti sportovcem vykonává ještě povolání nebo se na výkon budoucího povolání soustavně připravuje studiem na střední nebo vysoké škole.

#### Sazebník

Sazebník pojišťovny obsahující pro jednotlivé druhy hlavního krytí a připojištění sazby pojistného, maximální a minimální limity pojistných částek a výše pojistného, koeficienty maximální pojistné částky ve vztahu k výši pojistného a věku pojištěného a dále také informace o rizikových skupinách a jejich vlivu na výši pojistného; aktuální znění sazebníku je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v sídle pojišťovny.

#### Terminální onemocnění

Různé druhy velmi závažných onemocnění, jejichž průběh vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojištěného do 12 měsíců (např. generalizovaná nádorová onemocnění, která se vymkla kontrole léčbou nebo o konečná stádia sehlávaní životně důležitých orgánů, kde transplantace není v konkrétním případě možná např. pro celkové poškození organismu).

#### Úraz

Neočekávané a náhlé působení vlastní tělesné síly nebo zevních sil nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání připojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt, přičemž zevními silami se rozumí i nepřerušené působení vysokých nebo nízkých teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu, chemických látek a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických); za způsobenou úrazem se pojistná událost považuje také tehdy, jestliže k ní dojde nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu nebo místním hisáním po vniknutí choroboplodných zárodků viru HIV nebo bakterií tetanu do otevřené rány způsobené úrazem. Za úraz se naopak nepovažuje: synovialitida, epikondylitida, tříselná a pupeční kýla, výhřez meziobratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně vertebrogenních algických syndromů, a to ani v případě, kdy je jejich příčinou úraz.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY  
NN ŽIVOTNÍ POJIŠŤOVNY N.V.,  
POBOČKY PRO ČESKOU REPUBLIKU  
PRO POJIŠTĚNÍ TYPU

### **PŘIPOJIŠTĚNÍ DENNÍ DÁVKY PŘI PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI CPN3 PŘIPOJIŠTĚNÍ DENNÍ DÁVKY PŘI PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI CPN4**

#### Článek 1 – Které právní dokumenty jsou pro mne důležité a jak se použijí?

1. Tyto zvláštní pojistné podmínky připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti CPN3 a připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti CPN4 (dále jen „ZPP CPN3 a CPN4“) tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a doplňují je všeobecné pojistné podmínky pojišťovny pro životní pojištění (dále jen „VPP“).
2. Ustanovení těchto ZPP CPN3 a CPN4 mají přednost před VPP; konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP CPN3 a CPN4.
3. Tato připojištění je možné sjednat pouze jako doplňková pojištění k hlavnímu životnímu pojištění (dále jen „hlavní krytí“). **Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti CPN3 a připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti CPN4 nelze sjednat současně.** Není-li dále v těchto ZPP CPN3 a CPN4 výslovně uvedeno jinak, rozumí se pojmem připojištění (v jednotném čísle), kterékoli z obou shora specifikovaných připojištění CPN3 a CPN4.
4. **Pokud jsou ve VPP uvedena ustanovení o protinlačním programu a o možnosti zvyšování pojistné částky bez zkoumání zdravotního stavu, pak se na toto připojištění nevztahují.**



## Článek 2 – Co připojištění kryje a na jaké pojistné plnění mám nárok při pojistné události?

1. **Pojistnou událostí v rámci tohoto připojištění je pracovní neschopnost pojištěného.**
2. **Pracovní neschopnost pojištěného, která nastala před uplynutím čekací doby 3 měsíců od počátku připojištění v důsledku nemoci, není pojistnou událostí. U pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím se tato čekací doba prodlužuje na 8 měsíců.**
3. V případě pojistné události vyplatí pojišťovna pojištěnému za jednotlivé dny pracovní neschopnosti specifikované v odst. 5 tohoto článku pojistné plnění ve výši **sjednané denní dávky, maximálně však ve výši denní dávky odpovídající skutečné ztrátě na výděлку pojištěného** připadající na jeden kalendářní den k datu vzniku pojistné události vypočtené dle odst. 4 tohoto článku. Za tímto účelem je pojišťovna oprávněna vyžadovat informaci o čistém příjmu pojištěného a jeho doložení příslušnými doklady. Je-li však denní dávka sjednána ve výši nepřesahující maximální sjednanou denní dávku, u které se čistý příjem pojištěného nezkoumá (za předpokladu, že pojišťovna takovou hodnotu stanoví), pak se pojistné plnění vyplácí ve výši sjednané denní dávky bez ohledu na denní dávku odpovídající skutečné ztrátě na výděлку.
4. **Denní dávka odpovídající skutečné ztrátě na výděлку se vypočítává ze součtu maximálně 90 % čistých příjmů dosažených ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti za předchozí zdanovací období přepočtených na kalendářní den, od kterých se odečtou další nároky náležející pojištěnému z důvodu pracovní neschopnosti přepočtené na kalendářní den.** K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěnému v případě pojistné události náleží ze sociálního pojištění, od zaměstnavatele nebo od dalších poskytitelů k vyrovnaní jeho ztráty na výděлку nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
5. Plnění je poskytováno od 29. dne trvání lékařem přiznané pracovní neschopnosti (dále také jen „**počátek plnění**“) a končí dnem, kdy je pracovní neschopnost podle lékařského rozhodnutí ukončena, popř. kdy je ukončena na základě přezkoumání lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou dle čl. 8, odst. 2 těchto ZPP CPN3 a CPN4, nebo uplynutím maximální doby plnění anebo datem zániku připojištění podle toho, která z těchto skutečností nastane dříve. Dojde-li k druhé a další pracovní neschopnosti z důvodu stejné nemoci nebo úrazu do 4 týdnů po ukončení první pracovní neschopnosti, plnění je vypláceno od prvního dne této pracovní neschopnosti a k odložení počátku plnění nedochází.
6. **Denní dávka při pojistné události pracovní neschopnosti se poskytuje po dobu trvání připojištění, vždy však maximálně 52 týdnů, popř. jedná-li se o pracovní neschopnost v souvislosti s těhotenstvím maximálně 21 dní.** To platí při pracovní neschopnosti z důvodu stejné nemoci či úrazu i v případě pracovní neschopnosti, v jejímž průběhu dojde ke změně diagnózy nemoci. **Jestliže mezi pracovními neschopnostmi z důvodu stejné nemoci nebo úrazu je přestávka kratší než 6 měsíců, potom se pro určení délky plnění tyto doby pracovních neschopností sčítají (tj. maximální doba plnění se uplatní v součtu na veškeré takové pracovní neschopnosti, nikoliv na každou pracovní neschopnost zvlášť).** Pokud je přiznána pracovní neschopnost současně z důvodu více nemocí nebo úrazů, vyplácí se denní dávka z připojištění pouze jednou.
7. **Pojistná událost se oznamuje bez zbytečného odkladu, nejpozději však k 59. dni trvání lékařem přiznané pracovní neschopnosti, do sídla pojišťovny, a to na předepsaném tiskopise pojišťovny „Oznámení pojistné události“, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v prostředí klientského portálu pojišťovny.**
8. **Nebrání-li včasnému oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného a pojistná událost byla oznámena opožděně až po 59. dni trvání pracovní neschopnosti, je pojišťovna povinna plnit pouze za dobu ode dne, kdy obdržela oznámení o pojistné události. Nebrání-li včasnému oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného a dojde-li k oznámení pojistné události až po skončení pracovní neschopnosti, není pojišťovna povinna plnit vůbec. Brání-li oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného, musí být pojistná událost oznámena nejpozději do 15 kalendářních dní poté, co tato překážka odpadla.**
9. Nebude-li pojištěný s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu schopen sám pojišťovně oznámit pojistnou událost ani požádat o výplatu pojistného plnění, je k oznámení pojistné události oprávněn také pojistník, osoba blízká k pojištěnému či žijící s ním ve společné

domácnosti, popř. i jiná osoba, která má na pojistném plnění právní zájem. Pojistné plnění bude v takovém případě vyplaceno na bankovní účet sjednaný pro tyto účely v pojistné smlouvě, neurčí-li pojištěný v rámci šetření pojistné události jinak.

10. **Pojišťovna vyplatí ke sjednanému pojistnému plnění i speciální bonus ve výši 25 % sjednané denní dávky za prvních 28 dní trvání lékařem přiznané pracovní neschopnosti, pokud bude pojistná událost oznámena nejpozději do dne sjednaného jako počátek plnění (včetně).** Tento bonus se vyplácí nad rámec maximální doby plnění dle odst. 6 tohoto článku, tj. uvedených prvních 28 dní pracovní neschopnosti se v takovém případě do maximální doby plnění nezapočítává. Nárok na tento bonus nevzniká při oznámení druhé a další pracovní neschopnosti z důvodu stejné nemoci nebo úrazu.
11. Po oznámení pojistné události pojišťovna vyplatí pojištěnému pojistné plnění maximálně jednou za měsíc, vždy ale až poté, co jí pojištěný doloží svůj trvalý nárok na pojistné plnění, tzn. že jeho pracovní neschopnost trvá i nadále. Nárok se prokazuje na předepsaném tiskopise pojišťovny, vždy s aktualizovaným potvrzením lékaře.
12. Pojištěný je povinen oznámit pojišťovně ukončení pracovní neschopnosti do 3 pracovních dní ode dne, kdy tato skutečnost nastala.
13. **Pojistnou událostí připojištění nezaniká.**

## Článek 3 – Za jakých podmínek poskytuje pojišťovna bonus za bezeškový průběh?

1. S výjimkou prvního roku trvání tohoto připojištění za každý další uplynulý rok trvání tohoto připojištění, ve kterém nebyl vůči pojišťovně uplatňován nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění, poskytně pojišťovna ve prospěch pojistné smlouvy tzv. bonus za bezeškový průběh ve výši 10 % pojistného, které bylo za toto připojištění zapláceno za předmětný uplynulý rok jeho trvání.
2. Bonus za bezeškový průběh se při splnění podmínek uvedených v odst. 1 tohoto článku přiznává vždy ke dni následujícímu po uplynutí 1 roku sjednané doby trvání připojištění dle čl. 5, odst. 1 těchto ZPP CPN3 a CPN4.
3. Pojišťovnou přiznaný bonus za bezeškový průběh je evidován na pojistné smlouvě, v průběhu trvání připojištění se nezahodnocuje a vyplácí se k zániku hlavního krytí, a to jako součást výplaty prostředků z hlavního krytí, ať již se vyplácí ve formě pojistného plnění nebo v jiné formě (např. odkupně).

## Článek 4 – Kdy mám platit pojistné a v jaké výši?

1. Pojistné je stanoveno jako běžné pojistné s pojistnými obdobími dohodnutými v pojistné smlouvě pro běžné pojistné hlavního krytí.
2. Výše běžného pojistného u připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti CPN3 se rovná násobku denní dávky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku pro aktuální věk pojištěného a pro aktuální pojistný rok.  
Výše běžného pojistného u připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti CPN4 se rovná násobku denní dávky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku na celou dobu trvání připojištění v závislosti na věku pojištěného k počátku připojištění a na délce doby od počátku připojištění do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).
3. U připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti CPN3, pro které se sjednávají v čase rostoucí sazby pojistného (tzv. přirozené pojistné), je konkrétní výše běžného pojistného pro první pojistný rok uvedena v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) a konkrétní výše běžného pojistného pro každý další pojistný rok bude pojistníkovi oznámena písemně v dostatečném předstihu; toto písemné oznámení pojišťovna odešle pojistníkovi nejpozději 8 týdnů před výročí hlavního krytí.

## Článek 5 – Na jakou dobu připojištění sjednávám?

1. Připojištění se sjednává na dobu 1 roku. Pokud je však počátek připojištění stanoven k jinému dni než je výročí hlavního krytí, sjednává se připojištění v prvním roce jeho trvání na dobu kratší, a to do dne nejbližšího následujícího výročí hlavního krytí.
2. Připojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek o dobu dalšího 1 roku, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto

připojištění nemá zájem. Připojištění může být takto opakovaně prodlužováno po dobu trvání hlavního krytí, nejde však do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).

## Článek 6 – Na které případy se připojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?

1. **Právo na pojistné plnění nevznikne, pokud jde o pracovní neschopnost lékařem přiznanou pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace (tj. pro diagnózy M40–M54 dle mezinárodní statistické klasifikace nemoci).**
  2. **Právo na pojistné plnění nevznikne, pokud pracovní neschopnost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti:**
    - a) se sebevraždou pojištěného, pokusem o ni nebo při úmyslném sebepoškození pojištěného včetně úmyslného nevhledání lékařské péče nebo úmyslného nedbání lékařských pokynů, a to bez ohledu na aktuální duševní stav pojištěného;
    - b) s diagnostickým, výzkumným, kosmetickým, terapeutickým nebo preventivním zákrokem, který si pojištěný provede nebo nechá provést, a který není z lékařského hlediska nezbytný, včetně všech zákroků nepředepsaných lékařem;
    - c) s duševní poruchou pojištěného;
    - d) s poruchou nebo ztrátou vědomí pojištěného, náhlou cévní příhodou, epileptickým nebo jiným křečovým záchvatem, který zasáhne celé tělo pojištěného, pokud nebyl úraz jejich výlučnou příčinou;
    - e) s rentgenovým, ionizujícím nebo jaderným zářením, které bylo způsobeno výbuchem nebo poruchou těchto zařízení a přístrojů nebo neodborným zacházením odpovědných osob;
    - f) s profesionálním provozováním sportu pojištěným;
    - g) s výkonem prací pojištěným, které jsou zakázány pracovněprávními předpisy a předpisy s nimi souvisejícími;
    - h) s úrazem pojištěného, který nastal v souvislosti s jakoukoliv jeho nemocí, včetně zhoršení nemoci, nebo v souvislosti s chronickými zdravotními komplikacemi existujícími před takovým úrazem;
    - i) se zhoršením nemoci pojištěného, ke kterému došlo v důsledku úrazu pojištěného;
    - j) s úrazem pojištěného vzniklým při provozování sportů pojištěným, a to sportů extrémně rizikových nebo sportů provozovaných v extrémních podmínkách a/nebo vyžadujících speciální technické vybavení (jako jsou např. horolezectví a vysokohorská turistika nad 3 000 m. n. m.; potápění s použitím dýchacího přístroje pod 40 metrů a potápění jeskyní, vrakové a pod ledem; závody všech motorových prostředků včetně přípravných zkoušek; všechny aviatické sporty a lety jinými letouny, než jsou letadla licencovaných leteckých dopravců; adrenalinové sporty hazardní povahy, tj. takové, které jsou provozovány bez obvyklého jistištění nebo v jiných než obvyklých podmínkách – např. lezení bez jistištění lanem, lyžování mimo upravené tratě, cyklistika mimo vyznačené tratě);
    - k) s úrazem pojištěného vzniklým při letectví za předpokladu že, pojištěný je účastníkem letu a nejedná se o oficiálně registrované pravidelné nebo charterové lety provozované licencovaným leteckým dopravcem.
- Výluky uvedené v tomto odstavci pod písm. d), f), h) – k) platí pouze pro případ, že se jedná o pracovní neschopnost následkem úrazu.
3. **Právo na pojistné plnění navíc nevznikne, pokud:**
    - a) k pracovní neschopnosti pojištěného – ženy dojde z důvodu porodu jejího dítěte císařským řezem nebo umělého přerušení jejího těhotenství z jiné než zdravotní indikace;
    - b) pracovní neschopnost následkem nemoci souvisí s pobytem pojištěného v sanatoriích, lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech nebo rehabilitačních odděleních léčebných zařízení; to neplatí v případě, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby pojištěného a pojišťovna s tímto pobytem vyjádřila předem písemný souhlas;
    - c) pracovní neschopnost následkem nemoci souvisí s pobytem pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti;
    - d) pojištěný se nezdržuje v době pracovní neschopnosti v místě pobytu, který pro tyto účely uvedl (to



4. Pokud jsou ve VPP uvedena ustanovení o protinlačném programu a o možnosti zvyšování pojistné částky bez zkoumání zdravotního stavu, pak se na toto připojištění nevztahují.

## Článek 2 – Co připojištění kryje a na jaké pojistné plnění mám nárok při pojistné události?

1. **Pojistnou událostí v rámci tohoto připojištění je pracovní neschopnost pojištěného v důsledku úrazu, přičemž:**
  - a) u připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti následkem úrazu CPU1 je pracovní neschopnost pojistnou událostí, pouze pokud trvala nejméně 15 kalendářních dní;
  - b) u připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti následkem úrazu CPU3 je pracovní neschopnost pojistnou událostí, pouze pokud trvala nejméně 29 kalendářních dní.
2. V případě pojistné události vyplatí pojišťovna pojištěnému za jednotlivé dny pracovní neschopnosti specifikované v odst. 4 tohoto článku pojistné plnění ve výši sjednané denní dávky, maximálně však ve výši denní dávky odpovídající skutečné ztrátě na výdělků pojištěného připadající na jeden kalendářní den k datu vzniku pojistné události vypočtené dle odst. 3 tohoto článku. Za tímto účelem je pojišťovna oprávněna vyžadovat informaci o čistém příjmu pojištěného a jeho doložení příslušnými doklady. Je-li však denní dávka sjednaná ve výši nepřesahující maximální sjednanou denní dávku, u které se čistý příjem pojištěného nezkoumá (za předpokladu, že pojišťovna takovou hodnotu stanoví), pak se pojistné plnění vyplácí ve výši sjednané denní dávky bez ohledu na denní dávku odpovídající skutečné ztrátě na výdělků.
3. **Denní dávka odpovídající skutečné ztrátě na výdělků se vypočítává ze součtu maximálně 90 % čistých příjmů dosažených ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti za předchozí zdaňovací období přepočtených na kalendářní den, od kterých se odečtou další nároky náležející pojištěnému z důvodu pracovní neschopnosti přepočtené na kalendářní den.** K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěnému v případě pojistné události náleží ze sociálního pojištění, od zaměstnavatele nebo od dalších pojistitelů k vyrovnání jeho ztráty na výdělků nebo jako odškodnění pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz.
4. Plnění je poskytováno ode dne, kdy je pracovní neschopnost lékařem přiznána (dále také jen „**počátek plnění**“), a končí dnem, kdy je pracovní neschopnost podle lékařského rozhodnutí ukončena, popř. kdy je ukončena na základě přezkoumání lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou dle čl. 8, odst. 2 těchto ZPP CPU1 a CPU3, nebo uplynutím maximální doby plnění anebo datem zániku připojištění podle toho, která z těchto skutečností nastane dříve.
5. **Denní dávka při pojistné události pracovní neschopnosti se poskytuje po dobu trvání připojištění, vždy však maximálně 52 týdnů. Jestliže mezi pracovními neschopnostmi z důvodu stejného úrazu je přestávka kratší než 6 měsíců, potom se pro určení délky plnění tyto doby pracovní neschopnosti sčítají (tj. maximální doba plnění se uplatní v součtu na veškeré takové pracovní neschopnosti, nikoliv na každou pracovní neschopnost zvlášť).** Pokud je přiznána pracovní neschopnost současně z důvodu více úrazů, vyplácí se denní dávka z připojištění pouze jednou.
6. Pojistná událost se oznamuje bez zbytečného odkladu, nejpozději však ke dni sjednanému jako počátek plnění, do sídla pojišťovny, a to na předepsaném tiskopise pojišťovny „Oznámení pojistné události“, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v prostředí clientského portálu pojišťovny.
7. **Nebrání-li včasnému oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného a pojistná událost byla oznámena opožděně až po dni sjednaném jako počátek plnění, je pojišťovna povinna plnit pouze za dobu ode dne, kdy obdržela oznámení o pojistné události. Nebrání-li včasnému oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného a dojde-li k oznámení pojistné události až po skončení pracovní neschopnosti, není pojišťovna povinna plnit vůbec. Brání-li oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného, musí být pojistná událost oznámena nejpozději do 15 kalendářních dní poté, co tato překážka odpadá.**
8. Nebude-li pojištěný s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu schopen sám pojišťovně oznámit pojistnou událost ani požádat o výplatu pojistného plnění, je k oznámení pojistné události oprávněn také pojistník, osoba blízká k pojištěnému či žijící s ním ve společném domácnosti, popř. i jiná osoba, která má na pojistném plnění právní zájem. Pojistné plnění bude v takovém

případě vyplaceno na bankovní účet sjednaný pro tyto účely v pojistné smlouvě, neurčí-li pojištěný v rámci seřazení pojistné události jinak.

9. Po oznámení pojistné události pojišťovna vyplatí pojištěnému pojistné plnění maximálně jednou za měsíc, vždy ale až poté, co jí pojištěný doloží svůj trvalý nárok na pojistné plnění, tzn. že jeho pracovní neschopnost trvá i nadále. Nárok se prokazuje na předepsaném tiskopise pojišťovny, vždy s aktualizovaným potvrzením lékaře.
10. Pojištěný je povinen oznámit pojišťovně ukončení pracovní neschopnosti do 3 pracovních dnů ode dne, kdy tato skutečnost nastala.
11. **Pojistnou událostí připojištění nezaniká.**

## Článek 3 – Za jakých podmínek poskytuje pojišťovna bonus za bezeškodní průběh?

1. S výjimkou prvního roku trvání tohoto připojištění za každý další uplynulý rok trvání tohoto připojištění, ve kterém nebyl vůči pojišťovně uplatňován nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění, poskytně pojišťovna ve prospěch pojistné smlouvy tzv. bonus za bezeškodní průběh ve výši 10 % pojistného, které bylo za toto připojištění zapláceno za předemtný uplynulý rok jeho trvání.
2. Bonus za bezeškodní průběh se při splnění podmínek uvedených v odst. 1 tohoto článku přiznává vždy ke dni následujícímu po uplynutí 1 roku sjednané doby trvání připojištění dle čl. 5, odst. 1 těchto ZPP CPU1 a CPU3.
3. Pojišťovnou přiznaný bonus za bezeškodní průběh je evidován na pojistné smlouvě, v průběhu trvání připojištění se nezhodnocuje a vyplácí se k zániku hlavního krytí, a to jako součást výplaty prostředků z hlavního krytí, ať již se vyplácí ve formě pojistného plnění nebo v jiné formě (např. odkupné).

## Článek 4 – Kdy mám platit pojistné a v jaké výši?

1. Pojistné je stanoveno jako běžné pojistné s pojistnými obdobími dohodnutými v pojistné smlouvě pro běžné pojistné hlavního krytí.
2. Výše běžného pojistného se rovná násobku pojistné částky sjednané denní dávky pro toto připojištění a sazby pojistného stanovené v sazebníku.

## Článek 5 – Na jakou dobu připojištění sjednávám?

1. Připojištění se sjednává na dobu 1 roku.
2. Připojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek a o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno, pokud pojišťovna nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané doby jednoho roku nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto připojištění nemá zájem. Připojištění může být takto opakovaně prodloužováno po dobu trvání hlavního krytí, nejdéle však do dne výročí hlavního krytí v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění určeného v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně).

## Článek 6 – Na které případy se připojištění nevztahuje (jaké se sjednávají výluky)?

1. **Právo na pojistné plnění nevznikne, pokud pracovní neschopnost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti:**
  - a) se sebevraždou pojištěného, pokusem o ni nebo při úmyslném sebepoškození pojištěného včetně úmyslného nevyhledání lékařské péče nebo úmyslného nedbání lékařských pokynů, a to bez ohledu na aktuální duševní stav pojištěného;
  - b) s diagnostickým, výzkumným, kosmetickým, terapeutickým nebo preventivním zákrokem, který si pojištěný provede nebo nechá provést, a který není z lékařského hlediska nezbytný, včetně všech zákroků nepředeepsaných lékařem;
  - c) s duševním poruchou pojištěného;
  - d) s poruchou nebo ztrátou vědomí pojištěného, náhlou cévní příhodou, epileptickým nebo jiným křečovým záchvatem, který zasáhne celé tělo pojištěného, pokud nebyl úraz jejich výlučnou příčinou;
  - e) s rentgenovým, ionizujícím nebo jaderným zářením, které bylo způsobeno výbuchem nebo poruchou těchto zařízení a přístrojů nebo neodborným zacházením odpovědných osob;
  - f) s profesionálním provozováním sportu pojištěným;
  - g) s výkonem prací pojištěným, které jsou zakázány pracovní právními předpisy a předpisy s nimi souvisejícími;
  - h) s úrazem pojištěného, který nastal v souvislosti s jakoukoliv jeho nemocí, včetně zhoršení nemoci,

nebo v souvislosti s chronickými zdravotními komplikacemi existujícími před takovým úrazem;

- i) se zhoršením nemoci pojištěného, ke kterému došlo v důsledku úrazu pojištěného;
  - j) s úrazem pojištěného vzniklým při provozování sportů pojištěným, a to sportů extrémně rizikových nebo sportů provozovaných v extrémních podmínkách a/nebo vyžadujících speciální technické vybavení (jako jsou např. horolezectví a vysokohorská turistika nad 3 000 m. n. m.; potápění s použitím dýchacího přístroje pod 40 metrů a potápění jeskyní, vrakové a pod ledem; závody všech motorových prostředků včetně přípravných zkoušek; všechny aviatické sporty a lety jinými letouny, než jsou letadla licencovaných leteckých dopravců; adrenalinové sporty hazardní povahy, tj. takové, které jsou provozovány bez obvyklého jistižení nebo v jiných než obvyklých podmínkách – např. lezení bez jistižení lanem, lyžování mimo upravené tratě, cyklistika mimo vyznačené tratě);
  - k) s úrazem pojištěného vzniklým při letectví za předpokladu že, pojištěný je účastníkem letu a nejedná se o oficiálně registrované pravidelné nebo charterové lety provozované licencovanými leteckými dopravci.
2. **Právo na pojistné plnění navíc nevznikne, pokud se pojištěný nezdržuje v době pracovní neschopnosti v místě pobytu, který pro tyto účely uvedl (to neplatí, pokud je v lékařsky nutném nemocničném ošetření, nebo jej opustil s písemným souhlasem ošetřujícího lékaře), a/nebo pokud pojištěný pobírá peněžitou pomoc o mateřství, rodičovský příspěvek nebo státní příspěvek v nezaměstnanosti.**
  3. **Pojišťovna oprávněna snížit pojistné plnění, jestliže zjistí, že pojištěný v průběhu pracovní neschopnosti nedodržel pokyny lékaře nebo léčebný režim.** Pojišťovna sníží pojistné plnění v závislosti na míře, jakou porušení těchto povinností přispělo k pokračování pracovní neschopnosti.

## Článek 7 – V jakých situacích připojištění zaniká?

1. Zanikne-li hlavní krytí, zaniká dnem jeho zániku i toto připojištění.
2. Zemře-li pojištěný v průběhu trvání tohoto připojištění, zaniká dnem jeho úmrtí toto připojištění bez náhrady.
3. Připojištění rovněž automaticky zaniká v kalendářním roce, v němž pojištěný dosáhne maximálního věku pro toto připojištění, jenž je uveden v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně), a to ke dni výročí hlavního krytí.
4. Připojištění zaniká uplynutím sjednané doby, není-li připojištění automaticky prodlouženo dle ustanovení čl. 5 odst. 2 těchto ZPP CPU1 a CPU3.
5. Další způsoby zániku tohoto připojištění stanoví příslušná ustanovení VPP.

## Článek 8 – Jaká další pravidla se týkají tohoto připojištění?

1. Za účelem stanovení pojistného rizika a výše pojistného zkoumá pojišťovna při sjednávání tohoto připojištění zdravotní stav pojištěného. Zdravotní stav pojištěného zkoumá pojišťovna zejména na základě dotazníku o zdravotním stavu, který je pojištěný při sjednávání tohoto připojištění povinen pravdivě a úplně vyplnit (neustanoví-li pojišťovna výjimečně jinak), a případně také na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádané pojišťovnou nebo jím pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujícího lékaře pojištěného či lékaře specialisty. Na žádost pojišťovny je pojištěný rovněž povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou, tj. pojišťovna je oprávněna v odůvodněných případech přezkoumat zdravotní stav pojištěného včetně jeho pracovní schopnosti, lékařem, kterého sama určí. Na základě těchto zjištění pojišťovna potvrdí sjednání tohoto připojištění beze změny, navrhne jeho změnu (podá protinávrh), popř. připojištění s ohledem na zdravotní stav pojištěného ukončí.
2. Pojišťovna si rovněž vyhrazuje právo obdobně přezkoumat zdravotní stav pojištěného v době trvání pracovní neschopnosti, která byla oznámena jako pojistná událost. Odmítne-li se pojištěný v této souvislosti ve stanovené přiměřené lhůtě na žádost pojišťovny podrobit vyšetření lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou za účelem přezkoumání zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěného, je pojišťovna oprávněna pojistné plnění odmítnout. Pro pojištěného, který není zaměstnancem (tj. který vykonává samostatnou výdělečnou činnost), zároveň platí, že pokud v rámci rozhodování zdravotního stavu



























## Článek 7 – Jaká další pravidla se týkají tohoto připojištění?

1. Za účelem stanovení pojistného rizika a výše pojistného zkoumá pojišťovna při sjednávání tohoto připojištění zdravotní stav pojištěného. Zdravotní stav pojištěného zkoumá pojišťovna zejména na základě dotazníku o zdravotním stavu, který je pojištěný sám nebo prostřednictvím svého zákonného zástupce při sjednávání tohoto připojištění povinen pravdivě a úplně vyplnit (nestanoví-li pojišťovna výjimečně jinak), a případně také na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádané pojišťovnou nebo jím pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujícího lékaře pojištěného či lékaře specialisty. **Na žádost pojišťovny je pojištěný rovněž povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření lékařem či zdravotnickým zařízením určeným pojišťovnou, tj. pojišťovna je oprávněna v odůvodněných případech přezkoumat zdravotní stav pojištěného, včetně jeho pracovní schopnosti, a to lékařem, kterého sama určí. Na základě těchto zjištění pojišťovna potvrdí sjednání tohoto připojištění bez změny, navrhne jeho změnu (podá protinávrh), popř. připojištění s ohledem na zdravotní stav pojištěného ukončí.**
2. **Pojistník nebo pojištěný je povinen informovat pojišťovnu o veškerých změnách skutečností, které byly uvedené v pojistné smlouvě (popř. v návrhu na změnu pojistné smlouvy, je-li připojištění sjednáno k pojistné smlouvě dodatečně) nebo na které se pojišťovna tázala, k nimž dojde během trvání připojištění, a to bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy ke změně došlo. Pojistník nebo pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně osobních/kontaktních údajů a dále o změně dalších údajů, které mají vliv na existenci pojistného zájmu.**
3. Je-li pro určitý úkon v těchto ZPP CZV2 a/nebo příslušných právních předpisech stanovena lhůta a počátek

lhůty případně na den, který není pracovním dnem, počíná lhůta běžet až nejbližší pracovní den následující. Pojišťovna si vyhradzuje právo přiměřeně prodloužit sjednané lhůty v případech, že dojde k neočekávanému nebo okolnostmi vynucenému technickému přerušení funkčnosti interních systémů pojišťovny.

4. Pojišťovna má právo v případě vzniku rozumné potřeby změny (zejména v návaznosti na vývoj právního prostředí, při změně přístupu příslušného dohledového orgánu, v zájmu zlepšení kvality poskytovaných služeb, v souvislosti s technickým rozvojem nebo z důvodu podstatné změny tržních podmínek) provést přiměřenou změnu těchto ZPP CZV2 a/nebo sazebníku. Pojišťovna v takovém případě doručí písemný návrh nového znění ZPP CZV2 pojištníkovi na poslední známou kontaktní adresu; jde-li o změnu sazebníku, zveřejní jeho nové znění na internetových stránkách pojišťovny. Den účinnosti změny musí být stanoven tak, aby mezi doručením nového znění ZPP CZV2 pojištníkovi a/nebo zveřejněním nového znění sazebníku a dnem účinnosti této změny bylo období nejméně 45 kalendářních dní. Pojistník má právo změnu těchto ZPP CZV2 a/nebo změnu sazebníku, týká-li se tohoto připojištění, odmítnout a současně v takovém případě toto připojištění vypovědět. Výpovědní doba činí 20 kalendářních dní ode dne doručení písemné výpovědi. Nedoručí-li pojistník do sídla pojišťovny nejméně 30 kalendářních dní před dnem účinnosti změny sdělení, že změnu odmítá a současně připojištění vypovídá, potvrzuje tím svůj souhlas se změnou ZPP CZV2 a/nebo sazebníku ve znění, v jakém bylo pojišťovnou navrženo.

## Článek 8 – Od kdy jsou tyto zvláštní pojistné podmínky účinné?

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. května 2015.

## Článek 9 – Slovníček pojmů – jaké pojmy jsou pro mne důležité?

Pojmy, které nejsou vymezeny v tomto článku, mají význam, který je jim přiřazen ve VPP. Pro tyto zvláštní pojistné podmínky se vymezyjí následující pojmy:

### Čekací doba

Doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.

### Pojistný rok

Období dvanácti měsíců následujících od počátku pojištění (hlavního krytí) do data prvního výročí hlavního krytí a dále období mezi daty po sobě následujících výročí hlavního krytí

### Příloha

Příloha k těmto ZPP CZV2 obsahující specifikaci diagnóz všech závažných onemocnění/operací, které jsou kryty tímto připojištěním, včetně uvedení případných výluk z pojistného plnění, rozhodného dne, který se považuje za den vzniku pojistné události, procentuální hodnoty pojistného plnění ve vztahu ke sjednané pojistné částce a dokumentů, které jsou povinné překládány pojišťovně při oznámení pojistné události.

### Sazebník

Sazebník pojišťovny obsahující pro jednotlivé druhy hlavního krytí a připojištění sazby pojistného, maximální a minimální limity pojistných částek a výše pojistného, koeficienty maximální pojistné částky ve vztahu k výši pojistného a věku pojištěného a dále také informace o rizikových skupinách a jejich vlivu na výši pojistného; aktuální znění sazebníku je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny, popř. v sídle pojišťovny.

## PŘÍLOHA KE ZVLÁŠTNÍM POJISTNÝM PODMÍNKÁM PŘIPOJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ

Plnění v % pojistné částky (u dětí)	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinně předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + datum vzniku pojistné události
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Infarkt myokardu</b>	Je smrt části srdečního svalu způsobená přerušením krevního zásobení v příslušné oblasti. Diagnóza akutního infarktu myokardu musí být potvrzena splněním obou následujících kritérií: a) nově změny na EKG, které prokazují infarkt; b) charakteristické zvýšení specifických enzymů nebo pozitivita příslušných biochemických testů.	Propouštěcí zprávu z nemocnice nebo zprávu odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza akutního infarktu myokardu odborným lékařem. např. kardiologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Operace srdce za účelem korekce chlopněných vad a řešení zkratů mezi srdečními oddíly</b>	Je nutná, kardiologem indikovaná operace srdce za účelem korekce chlopněných vad a řešení zkratů mezi srdečními oddíly. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojišťovnou, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinná vyplatit pojistné plnění.	Komplexní zprávu z odborného pracoviště, kde byla provedena náhrada, vždy s uvedením data operace.  Datum vzniku pojistné události je den provedení operace.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Kardiomyopatie dilatovaná – srdeční selhání</b>	Kardiomyopatie (onemocněním srdeční svaloviny – myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí dilatovaná kardiomyopatie tj. zpravidla pozánětlivé poškození myokardu. Diagnóza musí být potvrzena kardiologem na základě významných klinických příznaků (tj. podle klasifikace NYHA III.–IV. stupeň selhávání srdce), EKG, echokardiografie (EF LK musí být pod 25 %), katetrizačního vyšetření, popřípadě doplněného biopsií srdce. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> kardiomyopatie jiné, tj. hypertrofické, restriktivní, geneticky podmíněné a zapříčiněné toxickými vlivy (alkoholická kardiomyopatie) nebo při současně infekci virem HIV.	Zprávu z odborného kardiologického pracoviště, která potvrzuje uvedenou diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Operace aorty</b>	Je nutná, kardiologem indikovaná, operace aorty, která musí být provedena na území ČR. Případnou operaci v zahraničí je třeba předem písemně odsouhlasit s pojišťovnou.	Komplexní zprávu z odborného pracoviště, kde byla provedena operace, vždy s uvedením data operace.  Datum vzniku pojistné události je den provedení operace.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Nitrolební krvácení (neúrazové)</b>	Je jakékoliv nitrolební krvácení do mozku, jeho dutin nebo mozkových plen. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> nitrolební krvácení způsobené úrazem.	Výsledky neurologického vyšetření (CT, angiografie nebo NMR); propouštěcí zprávu z nemocnice nebo zprávu odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; potvrzení přetrvávání neurologického nálezu po uplynutí 3 až 6 měsíců od proběhlé příhody.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Poškození mozku v důsledku nedostatečného krevního zásobení</b>	Je jakékoliv poškození mozku jeho nedokrevností (ischemií), které zanechá trvalé neurologické následky.	Výsledky neurologického vyšetření (CT, angiografie nebo NMR); propouštěcí zprávu z nemocnice nebo zprávu odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; potvrzení přetrvávání neurologického nálezu po uplynutí 3 až 6 měsíců od proběhlé příhody.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem.



Plnění v % pojistné částky (u dětí)	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinně předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + datum vzniku pojistné události
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Těžká plicní nedostatečnost</b>	Je konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhávání (tj. chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem pneumologem a splněním všech třech následujících kritérií současně: a) hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50 % hodnoty odpovídající věku; b) je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii; c) parciální tlak kyslíku (PaO2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 55 mmHg.	Komplexní zprávu z odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data stanovení diagnózy; včetně zprávy spirometrického vyšetření, analýzy krevních plynů a potvrzení trvalé kyslíkové léčby.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Těžká jaterní nedostatečnost</b>	Jedná se o konečné stádium onemocnění jater, které způsobuje ascites, trvalou žloutenku, rozvoj jícnových varixů a hepatální encefalopatii. Tyto uvedené příznaky musí být přítomny současně. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem hepatologem nebo internistou. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> případy selhání jater způsobené abuzem alkoholu nebo jiných návykových látek.	Zprávu odborného lékaře internisty nebo hepatologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Selhání ledvin vyžadující dialýzu nebo transplantaci</b>	Je tak pokročilá a nezvratná selhání obou ledvin, že si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do trvalého dialyzačního programu. Příslušný odborný lékař musí potvrdit, že léčba umělou ledvinou trvala nejméně 3 měsíce.	Rozhodnutí o zařazení do trvalého dialyzačního programu nebo potvrzenou zprávu z dialyzačního střediska (nefrologie) po 3 měsících trvající léčby umělou ledvinou.  Datum vzniku pojistné události je den, kdy uplynuly 3 měsíce léčby pojištěnou dialýzou.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Aplastická anémie</b>	Je selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat alespoň jednu z následujících podmínek: a) pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně tří měsíců; b) pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně tří měsíců; c) transplantace kostní dřeně nebo zařazení do jejího programu. Diagnóza musí být potvrzena hematologem.	Zprávu ošetřujícího hematologa o průběhu onemocnění.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza aplastické anémie příslušným hematologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Transplantace životně důležitých orgánů a transplantace kostní dřeně</b>	Je životně nezbytná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin (neodškodněná již podle jiných pravidel – při selhání), slinivky břišní, kostní dřeně, kdy je příjemcem pojištěný. Transplantace musí být založena na objektivním potvrzení o selhání příslušných orgánů odbornými lékaři. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojišťovnou, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojišťovna povinná vyplatit pojistné plnění. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> transplantace jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů, buněčných tkání nebo tzv. kmenových buněk.	Komplexní zprávu z odborného pracoviště, kde byla provedena transplantace, vždy s uvedením data operace.  Datum vzniku pojistné události je den provedení operace.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Idiopatická plicní fibróza</b>	Jedná se o onemocnění neznámého původu postihující plicní intersticiu. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a zprávou příslušného specialisty – pneumologa.	Zprávu odborného lékaře pneumologa s výsledky biopstického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – pneumologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Cystická fibróza</b>	Je multisystémové onemocnění, jehož projevy jsou chronické onemocnění dýchacích cest, insuficience zevní sekrece pankreatu, vysoká koncentrace elektrolytů v potu a obstruktivní azoospermie. Diagnóza musí být potvrzena pediatrem na základě molekulárně-genetického vyšetření, nebo na základě klinického nálezu pozitivitu, tzv. potního testu (koncentrace chloridů v potu musí přesahovat hodnotu 60 mmol/l).	Zprávu odborného lékaře pneumologa obsahující výsledky molekulárně-genetického vyšetření nebo tzv. potního testu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – pneumologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Epidermolysis bullosa (Nemoc motýlích křídel)</b>	Jedná se o závažné dermatologické onemocnění vyznačující se snadnou poranitelností kůže s komplikovaným hojením.	Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem dermatologem nebo pediatrem.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – dermatologem nebo pediatrem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Juvenilní systémová progresivní sklerodermie</b>	Jedná se o systémové onemocnění pojiva způsobené difúzní fibrózou kůže, cév a vnitřních orgánů. Diagnóza musí být doložena biopsií a sérologickým vyšetřením při současném postižení alespoň jednoho z následujících orgánů: srdce, plic nebo ledvin. Diagnóza musí být potvrzena revmatologem. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> lokalizovanou sklerodermii (lineární nebo morphea).	Zprávu odborného lékaře revmatologa s výsledky biopstického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – revmatologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Roztroušená skleróza</b>	Je chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané poškozením obalů nervových vláken úbytkem myelinu. Musí se jednat o takové stádium onemocnění, ve kterém přetrvávají nepochybné neurologické známky postižení pacienta. Diagnózu je třeba doložit pozitivním nálezem magnetické rezonance.	Propouštěcí zprávu z nemocnice nebo zprávu z neurologie, která stanovila nebo potvrdila trvalou diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena.  Datum vzniku pojistné události je den, kdy byla stanovena diagnóza odborným lékařem – neurologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Amyotrofická laterální skleróza</b>	Jedná se o progresivní degenerativní postižení motorického neuronu s přítomností svalových obrn a atrofií s následkem takového postižení pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby.	Zprávu odborného lékaře neurologa s náležitými testy potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – neurologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Apalický syndrom</b>	Jedná se o nekrozu (odumření) kůry mozkové s nepostiženým mozkovým kmenem. Tento stav musí být potvrzen odborným lékařem – neurologem nebo anesteziologem. Kritéria splňující diagnózu apalického syndromu musí trvat nejméně 1 měsíc. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> apalické syndromy způsobené intoxikací alkoholem a požitím drog.	Zprávu odborného lékaře anesteziologa nebo neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, kdy uplynul 1 měsíc trvání diagnózy apalického syndromu u pojištěného.

Plnění v % pojistné částky (u dětí)	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinně předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + datum vzniku pojistné události
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Ztráta řeči neúrazová</b>	Je úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit v důsledku postižení hlasivek přetrvávající souvisle po dobu alespoň 12 měsíců. Diagnóza musí potvrzovat onemocnění hlasivek způsobující ztrátu řeči. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a na případy způsobené úrazem.	Zprávu odborného lékaře neurologa, ORL specialisty nebo psychiatra potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena trvalá ztráta řeči příslušným odborným lékařem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Ochrnutí končetin neúrazové (ztráta schopnosti používat končetiny)</b>	Je ochrnutí všech končetin (kvadruplegie) trvající alespoň tři měsíce. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem nebo traumatologem. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> částečné ochrnutí, přechodné ochrnutí a ochrnutí následkem úrazu.	Zprávu odborného lékaře neurologa nebo traumatologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému došlo k ochrnutí.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Slepota neúrazová (obě oči)</b>	Je úplná a trvalá ztráta zraku u obou očí vzniklá následkem onemocnění, k jehož vzniku došlo v době trvání tohoto připojištění. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> slepotu způsobenou úrazem.	Lékařskou zprávu z odborného pracoviště o průběhu onemocnění zraku, které způsobilo trvalou oboustrannou slepotu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena trvalá slepota odborným lékařem – oftalmologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Hluchota neúrazová (ztráta sluchu obou uší)</b>	Je úplná oboustranná a trvalá ztráta sluchu vzniklá následkem onemocnění, k jehož vzniku došlo v době trvání tohoto připojištění. Diagnóza musí být potvrzena lékařským vyšetřením včetně audiometrických a zvukoprahových testů a zprávou odborného lékaře, ORL specialisty. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> hluchotu způsobenou úrazem.	Zprávu z nemocnice, v případě hospitalizace na odborném pracovišti (ORL), které stanovilo tuto diagnózu; zprávu z doplňkových vyšetření sluchového aparátu (RTG, CT, audiogram a další).  Datum vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena trvalá hluchota odborným lékařem – ORL specialistou.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Zhoubný nádor</b>	Je onemocnění projevující se charakteristickým nekontrolovatelným růstem a šířením zhoubných buněk s jejich pronikáním do zdravé tkáně. K těmto onemocněním se řadí leukemie, sarkomy, blastomy, zhoubné nemoci mízního systému (např. Hodgkinova nemoc), maligní onemocnění kostní dřevě a některé druhy rakoviny. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> a) nádorová onemocnění za přítomnosti HIV nákažy; b) maligní melanomy kůže ve stádiu 1A hloubky (menší než 1 mm, II nebo III bez zředovatění) dle platné klasifikace AJCC z roku 2002; c) dysplazie a rakoviny děložního hrdla ve stadiu CIN-1, CIN-2 a CIN-3; d) časná stádia rakoviny prostaty TNM klasifikace T1 včetně T1a i T1b nebo ekvivalentní klasifikace; e) všechny nezhoubné (benigní) nádory a polycytemia vera; f) všechna pre-maligní stádia, neinvazivní stádia nádorová – tzv. carcinomas in situ a mikroinvazivní nálezy; g) hyperkeratozy, squamozní a basocelulární formy rakoviny kůže.	Propouštěcí zprávu z nemocnice nebo potvrzenou kopii zprávy odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu zhoubného nádoru vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; dále fotokopii histologického nálezu s číslem preparátu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsáná diagnóza odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>Nezhoubný nádor na mozku</b>	Jsou nezhoubné nádory mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, které ohrožují život pojištěného útlakem okolní tkáně a ne svou zhoubnou povahou. Nádor musí být potvrzen neurologickým vyšetřením a musí být neurologem doporučen k neurochirurgickému zákroku. V případě, že je hodnocen jako neoperabilní, neurologické vyšetření musí prokázat trvalé neurologické následky pro pojištěného. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> prosté cysty, granulomy, vaskulární malformace, hematomy, nádory hypofýzy a páteře.	Komplexní zprávu z odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu, vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena, včetně výsledků vyšetření, které dokazují závažnost nezhoubného nádoru (CT, NMR, RTG vyšetření a další).  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza závažného nezhoubného nádoru odborným lékařem – neurologem.
100 % PČ + 20 % bonus	<b>AIDS/HIV a) následkem krevní transfuze nebo podání krevních produktů nebo b) jako profesní onemocnění u zdravotníků</b>	Je rozvinuté onemocnění AIDS nebo prokázaná infekce jakýmkoliv HIV virem, pokud byl pojištěný infikován: a) krevní transfúzí infikované krve nebo krevními produkty podanými oficiálně registrovaným pracovištěm na území České republiky v době trvání připojištění. Tvorba protilátek odpovídajících HIV infekci musí být prokázána do 6 měsíců po transfúzi; b) injekční jehlou jako následek profesního poranění. Pojištěný musí zároveň předložit negativní test na protilátky HIV, který je proveden ihned po poranění. Tvorba protilátek odpovídajících HIV infekci musí být prokázána do 6 měsíců po poranění. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> osoby s hemofilii.	Pro případ a) stanovisko oficiálně registrovaného pracoviště v ČR, které podalo infikovanou krev anebo krevní derivát; dále pozitivní výsledek vyšetření protilátek HIV do 6 měsíců po podání preparátu. Pro případ b) předložení negativního testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po poranění.  Datum vzniku pojistné události je den, kdy došlo k přenosu nebo infektu HIV.
30 % PČ	<b>Primární svalová dystrofie – pokročilá stádia</b>	Skupina dědičných degenerativních onemocnění svalů charakterizovaná bolestivostí a ochablostí svalstva, s následkem takového postižení pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby. Připojištění se vztahuje jen na případy vzniklé novou mutací. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> pojištěné s rodinným výskytem těchto onemocnění.	Zprávu odborného lékaře neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsáná diagnóza odborným lékařem neurologem.
30 % PČ	<b>Kóma neúrazové</b>	Jedná se o stav trvalého hlubokého bezvědomí pacienta, který nereaguje na zevní stimuly a vnitřní potřeby. Ten přežívá jen díky životní funkci podporujícím zařízením, jako je např. řízená ventilace. Doba trvání kómatu musí být nejméně 96 hodin. Zpráva neurologa potvrzující residuální permanentní neurologický nálezy musí být doložena. Kóma musí být dokumentována zprávou z příslušného anesteziologicko – resuscitačního oddělení. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> kóma způsobené úrazem.	Zprávu odborného lékaře anesteziologa nebo neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byl stanoven počátek kómatu příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Ochrnutí dvou končetin současně neúrazové</b>	Je ochrnutí nejméně dvou končetin (paraplegie, hemiplegie) trvající alespoň 3 měsíce. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> ochrnutí jedné končetiny (monoplegie), částečné ochrnutí (paréza), přechodné ochrnutí a úrazovou příčinu.	Zprávu odborného lékaře neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému došlo k ochrnutí.
30 % PČ	<b>Amputace horních a dolních končetin neúrazové</b>	Jedná se o amputace nejméně dvou končetin v důsledku onemocnění, k jehož vzniku došlo v době trvání tohoto připojištění, a to rukou a/nebo nohou alespoň v kloubu zápěstí a/nebo chodidel v kloubu kotníku. Diagnóza musí být potvrzena ošetřujícím lékařem. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> amputaci horních a dolních končetin následkem úrazu.	Zprávu odborného lékaře chirurga s přesným popisem příčin, průběhu a úrovně amputace.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla provedena amputace druhé končetiny.

Plnění v % pojistné částky (u dětí)	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinně předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + datum vzniku pojistné události
30 % PČ	<b>Juvenilní idiopatická revmatoidní artritida</b>	Pro případ tohoto připojištění se rozumí pod pojmem uvedené diagnózy autoimunitní systémové onemocnění postihující preferenčně malé klouby, s jistotou potvrzené příslušným odborným lékařem. Diagnóza musí být doložena revmatologickou zprávou a pozitivitou laboratorních vyšetření, včetně hodnot zánětlivých markerů (CRP, FW) a hladin specifických protilátek (tj. RF revmatoidního faktoru).	Zprávu odborného lékaře revmatologa s příslušnými výsledky potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem revmatologem.
30 % PČ	<b>Akutní revmatická horečka</b>	Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto připojištění rozumí autoimunitní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku poškození srdce (s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV.), kloubů aj. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie) včetně echokardiografického vyšetření. Odškodňují se pouze akutní případy. Nikoliv stavy po prodělaném onemocnění.	Zprávu odborného lékaře revmatologa, kardiologa nebo internisty s echokardiografickým vyšetřením potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Systémový Lupus Erytematosus</b>	Jedná se o autoimunitní systémové onemocnění charakterizované rozvojem auto-protilátek působících proti různým vlastním orgánům.	Zpráva odborného lékaře – revmatologa.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Polyarteritis nodosa</b>	Jedná se o systémové onemocnění povahy vaskulitidy postihující více orgánů. Musí být doloženo poškození alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybový aparát. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem na základě bioptického vyšetření.	Zprávu odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – revmatologem.
30 % PČ	<b>Wegenerova granulomatózní vaskulitida</b>	Jedná se o systémové onemocnění typu vaskulitidy, které postihuje více orgánů současně. Musí být doloženo poškození alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybový aparát. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem.	Zprávu odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – revmatologem.
30 % PČ	<b>Kawasakiho vaskulitida</b>	Jedná se o systémové onemocnění povahy vaskulitidy postihující více orgánů. Musí být doloženo poškození alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybové ústrojí. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem.	Zprávu odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – revmatologem.
30 % PČ	<b>Takayasuova vaskulitida</b>	Jedná se o systémové onemocnění povahy vaskulitidy postihující více orgánů. Musí být doloženo poškození alespoň dvou z následujících orgánových systémů současně: ledviny, dýchací trakt, srdce, kůže nebo pohybový aparát. Diagnóza musí být potvrzena biopsií a specialistou revmatologem.	Zprávu odborného lékaře revmatologa s výsledky bioptického vyšetření potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – revmatologem.
30 % PČ	<b>Creutzfeldt–Jacobs choroba</b>	Creutzfeldovou-Jacobsonovou nemocí se rozumí onemocnění způsobující trvalé a nevratné poškození mozkové tkáně infekcí. Vždy je třeba lékařské potvrzení o diagnóze Creutzfeldova-Jacobsonova nemoc. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.	Zprávu odborného lékaře neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – neurologem.
30 % PČ	<b>Encefalitida – klíšťová</b>	Jedná se o zánět mozkové tkáně způsobený infekcí – virem klíšťové meningoencefalitidy s následkem dlouhodobého neurologického poškození nejméně 3 měsíce. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zprávu odborného lékaře infekcionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Poliomyelitida (Dětská obrna)</b>	Jedná se o zánět nervové tkáně způsobený virem polio, s následkem takového poškození pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zprávu odborného lékaře infekcionista nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena tato diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Encefalitida jiná virová nebo bakteriální</b>	Jedná se o zánět mozkové tkáně způsobený virovou nebo bakteriální infekcí, s následkem takového poškození pojištěného, že není schopen vykonávat nejméně 3 běžné denní činnosti, jako je např. mytí, oblékání, samostatné stravování, používání WC a užívání léků, anebo musí být trvale upoután na lůžko, takže se neobejde bez pomoci druhé osoby. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem infekcionista nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce.	Zprávu odborného lékaře infekcionista nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Meningitida virová, bakteriální</b>	Jedná se o zánět mozkových blan a mozku způsobený virovou nebo bakteriální infekcí. Diagnóza musí být doložena zprávou příslušného infekcionista nebo neurologa a podpořena pozitivním nálezem výsledku vyšetření mozkomíšního moku (získaného lumbální punkcí) a jinými dalšími pro potvrzení tohoto onemocnění nutnými laboratorními výsledky a testy, včetně serologických.	Zprávu odborného lékaře infekcionista nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.

Plnění v % pojistné částky (u dětí)	Název diagnózy	Popis diagnózy	Dokumenty povinně předkládané pojišťovně při oznámení pojistné události + datum vzniku pojistné události
30 % PČ	<b>Meningoencefalitida virová, bakteriální</b>	Jedná se o zánět mozkových blan a mozku způsobený virovou nebo bakteriální infekcí. Diagnóza musí být doložena zprávou příslušného infektionisty nebo neurologa a podpořena pozitivním nálezem výsledku vyšetření mozkomíšního moku (získaného lumbální punkcí) a jinými dalšími pro potvrzení tohoto onemocněními nutnými laboratorními výsledky a testy, včetně serologických.	Zprávu odborného lékaře infektionisty nebo neurologa s laboratorními výsledky včetně výsledků lumbální punkce potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je datum, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Leptospiroza</b>	Tato diagnóza musí být doložena akutními obtížemi, odpovídajícím klinickým nálezem a korelujícími laboratorními testy (zejména serologickými a to stanovením specifických IgM protilátek). Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře – hepatologa nebo infektionisty.	Zprávu odborného lékaře hepatologa nebo infektionisty s výsledky laboratorních testů potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Hepatitida fulminantní</b>	Je masivní nekróza jaterní tkáně při akutní virové hepatitidě, která vede k rozvoji jaterního selhání charakterizovaného přítomností žloutenky, rychlým zmenšením jater, rychlým zhoršováním jaterních testů a rozvojem jaterní encefalopatie do 1 měsíce od počátku potíží. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infektionisty.	Zprávu odborného lékaře hepatologa nebo infektionisty potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Hepatitida virová – C</b>	Tato diagnóza musí být doložena laboratorními (serologickými) testy, které společně s obtížemi, klinickým nálezem a jinými laboratorními testy (včetně testů jaterních) umožní infektionistovi jednoznačně potvrdit uvedenou diagnózu probíhajícího onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infektionisty. <b>Pojistné krytí se nevztahuje na:</b> případy způsobené abuzem alkoholu nebo jiných návykových látek.	Zprávu odborného lékaře hepatologa nebo infektionisty s výsledky serologických testů potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Hepatitida virová – D</b>	Tato diagnóza musí být doložena laboratorními (serologickými) testy, které společně s obtížemi, klinickým nálezem a jinými laboratorními testy (včetně testů jaterních) umožní infektionistovi jednoznačně potvrdit uvedenou diagnózu probíhajícího onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infektionisty.	Zprávu odborného lékaře hepatologa nebo infektionisty s výsledky serologických testů potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události stanovení diagnózy je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Hepatitida virová – E</b>	Tato diagnóza musí být doložena laboratorními (serologickými) testy, které společně s obtížemi, klinickým nálezem a jinými laboratorními testy (včetně testů jaterních) umožní infektionistovi jednoznačně potvrdit uvedenou diagnózu probíhajícího onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře, hepatologa nebo infektionisty.	Zprávu odborného lékaře hepatologa nebo infektionisty s výsledky serologických testů potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Lymská borelióza</b>	Lymskou boreliózu ve smyslu tohoto připojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci laboratorně potvrzené příslušným odborným pracovištěm – neurologie nebo infekčním oddělením). Musí být dokumentována přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.	Zprávu odborného lékaře infektionisty nebo neurologa potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza příslušným odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Diabetes mellitus I. typ s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)</b>	Diabetem se pro účely tohoto připojištění rozumí chronické onemocnění (získané v průběhu života pojištěného), v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Tato diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující diagnózu diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu nejméně 2 let.	Zprávu odborného lékaře pediatra nebo diabetologa, která potvrzuje tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, kdy uplynuly 2 roky léčby pojištěného inzulínem.
30 % PČ	<b>Celiakie</b>	Autoimunní onemocnění, při kterém je primárně postiženým orgánem tenké střevo a pojištěný je trvale odkázán na dodržování bezlepkové diety. Diagnóza vč. uvedení histologického nálezu z biopsického vyšetření postiženého orgánu a nutnost dietního režimu musí být potvrzeny objektivním nálezem odborného pediatrického pracoviště nebo gastroenterologie.	Zprávu odborného lékaře pediatra nebo gastroenterologa potvrzující tuto diagnózu včetně výsledků laboratorních vyšetření a biopsie.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Prudký zánět hrtanu (akutní subglotická laryngitis, ASL) nebo akutní epiglottitida</b>	Prudkým zánětem hrtanu se pro účely tohoto připojištění rozumí jen závažné formy vyžadující hospitalizaci a urgentní invazivní intervenci jako je intubace, koniopunkce, koniotomie nebo tracheostomie.	Diagnóza musí být potvrzena zprávou o hospitalizaci.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza odborným lékařem.
30 % PČ	<b>Paratonsillární absces</b>	Jedná se o komplikace zánětu krčních mandlí. Diagnóza musí být potvrzena provedením léčebného zákroku specialistou otorinolaryngologem.	Diagnóza musí být potvrzena zprávou odborného lékaře.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza odborným lékařem – otorinolaryngologem.
30 % PČ	<b>Tetanus</b>	Jedná se o infekční onemocnění způsobené bakterií Clostridium tetani. Musí se jednat o těžší formu onemocnění s nutností hospitalizace. Diagnóza musí být doložena průkazem přítomnosti bakterie Clostridium tetani.	Zprávu odborného lékaře infektionisty potvrzující tuto diagnózu.  Datum vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena popsaná diagnóza odborným lékařem – infektionistou.
30 % PČ	<b>Střevní neprůchodnost řešená operací</b>	Pro účely tohoto připojištění se jedná se o případy tzv. ileozního stavu. Definovaný jako náhlá příhoda bříšní charakterizovaná jako porucha střevní pasáže a rozepnutím střevních kliček nad postiženým úsekem. Nedojde-li k odstranění příčiny, je postižený ohrožený na životě.	Diagnóza musí být potvrzena zprávou o hospitalizaci a operaci.  Datum vzniku pojistné události je den provedení operace pro ileus.











Článek 4	Soubory pojištění
Článek 5	Podmínky pro pojištění, vznik pojištění
Článek 6	Pojistné období, počátek a konec pojištění
Článek 7	Pojistné
Článek 8	Podmínky pro likvidaci pojistné události
Článek 9	Pojistné události a pojistné plnění
Článek 10	Povinnosti pojistníka
Článek 11	Povinnosti pojistitele
Článek 12	Zánik jednotlivého pojištění
Článek 13	Mlčenlivost, obchodní tajemství a předávání osobních údajů
Článek 14	Ochrana osobních údajů
Článek 15	Závěrečná ustanovení

## PŘÍLOHA

Příloha I: Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé životní a neživotní pojištění č. 1/2010

### Článek 1 – Úvodní ustanovení

Pojištění, které sjednávají pojistitel a pojistník touto smlouvou, se řídí právním řádem České republiky, platí pro něj příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“), Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé životní a neživotní pojištění č. 1/2010, které tvoří přílohu č. I této smlouvy, (dále také „Všeobecné pojistné podmínky“) a ustanovení této smlouvy uzavřené mezi pojistitelem a pojistníkem a dále ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, jakož i další obecně závazné předpisy České republiky.

### Článek 2 – Výklad pojmů

Pro účely této smlouvy se dílčí pojmy vymezují takto:

- Pojistník – ING Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku jako osoba, která s pojistitelem uzavřela tuto pojistnou smlouvu.
- Pojistitel – POJIŠŤOVNA CARDIF PRO VITA, a.s., která s pojistníkem uzavřela tuto pojistnou smlouvu.
- Pojištěný – klient pojistníka, který splnil podmínky uvedené v čl. 5 této smlouvy.
- Pojistné plnění (dále také „plnění“) – je plnění, které poskytne pojistitel za podmínek uvedených v čl. 9 této smlouvy oprávněné osobě.
- Počátek pojištění – tak, jak je definován v čl. 6 této smlouvy.
- Konec pojištění – tak, jak je definován v čl. 6 této smlouvy.
- Pojistná událost – nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění dle čl. 9 této smlouvy.
- Čekací doba – lhůta v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dní od data počátku pojištění. V této lhůtě ztráta zaměstnání a nezaměstnanost pojištěného nejsou považovány za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na plnění.
- Oprávněná osoba – pojistník, kterému v případě pojistné události spočívající v pracovní neschopnosti pojištěného nebo v případě nezaměstnanosti pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání vznikne právo na pojistné plnění.
- Pojištění obnosové–pojištění pro případ pracovní neschopnosti.
- Pojištění škodové–pojištění pro případ ztráty zaměstnání.
- Pojistné nebezpečí – úraz, nemoc nebo jiná nahodilá skutečnost související se změnou osobního postavení pojištěného, které mohou být příčinou vzniku pojistné události.
- Pojistná doba – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistná doba je pro každého pojištěného odlišná, začíná dnem počátku pojištění a končí koncem pojištění.
- Měsíční předpis pojistného – celkové měsíční pojistné uvedené ve smlouvě o životním pojištění ING, k jehož úhradě je pojištěný povinen.
- Smlouva o životním pojištění ING – pojistná smlouva o životním pojištění uzavřená mezi pojistníkem a klientem pojistníka (dále také „smlouva o životním pojištění“ nebo „životní pojištění“).

### Článek 3 – Doba platnosti této smlouvy

- Tato smlouva vstupuje v platnost dnem jejího uzavření a nabývá účinnosti dne 1. 7. 2010 a její platnost končí, není-li dále stanoveno jinak, 31. 12. 2013. Nadále se platnost prodloužuje automaticky vždy do období jednoho kalendářního roku, pokud nedojde z jedné či druhé strany k oznámení, že tato strana netrvá na prodloužení platnosti této smlouvy. Toto oznámení musí být zasláno druhé straně písemně formou doporučeného dopisu

a musí být doručeno druhé smluvní straně nejméně dva měsíce před datem, od kterého by se platnost automaticky prodloužovala.

- Ukončení platnosti této smlouvy dle předchozího odstavce nezanikají práva a povinnosti smluvních stran z pojištění osob již pojištěných dle této smlouvy do posledního dne platnosti této smlouvy a trvají až do doby sjednaného zániku pojištění v souladu s ustanovením čl. 12 této smlouvy, přičemž se jejich vzájemná práva a závazky řídí nadále touto smlouvou.
- Ukončení či zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění vzniklých na základě této smlouvy nemá vliv na platnost této smlouvy, jakož i na platnost ostatních pojištění vzniklých na základě této smlouvy.

### Článek 4 – Soubory pojištění

- Na základě této smlouvy se sjednává pojištění klientů pojistníka, kteří přistoupí způsobem uvedeným v odst. 4.2 tohoto článku k pojištění dle čl. 5 této smlouvy, v rozsahu souboru zproštění od placení pojistného, který zahrnuje tyto typy pojištění:  
**Zproštění od placení pojistného (CRDF):**  
Pojištění schopnosti splácet pojistné pro případ pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání.
- Klienti pojistníka přistoupí k pojištění vyslovením souhlasu s touto smlouvou, jakož i se Všeobecnými pojistnými podmínkami, v písemné formě.

### Článek 5 – Podmínky pro pojištění, vznik pojištění

- Zproštění od placení pojistného (CRDF)** – pro případ pracovní neschopnosti a pro případ ztráty zaměstnání.  
K pojištění v rozsahu dle této smlouvy může přistoupit každá fyzická osoba, která:
  - uzavřela s pojistníkem pojistnou smlouvu o životním pojištění ING,
  - k datu sjednání pojištění:
    - je mladší 60 let,
    - dle svého prohlášení je zdravá,
    - není v pravidelné lékařské péči či pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků, není v pracovní neschopnosti,
    - za uplynulých 12 měsíců nebyla v pracovní neschopnosti delší než 30 po sobě jdoucích dní, je zaměstnána v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou a byla zaměstnána v pracovním poměru nepřetržitě též v předcházejících 12 měsících a není ve zkušební době, nedala ani jí nebyla dána výpověď z pracovního poměru, nezrušila se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani jí nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele, neobdržela od zaměstnavatele ani nezaslala zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou,
  - v rámci smlouvy o životním pojištění ING vysloví souhlas s tím, že pojistné plnění pro případ pojistné události pracovní neschopnosti a/nebo ztráty zaměstnání pojištěného bude vyplaceno pojistníkoví jako oprávněné osobě.

Pojištění vzniká pro každou osobu, která splňuje shora uvedené podmínky a která s pojištěním vyjádřila svůj souhlas.

- Odsouhlasení podmínek uvedených v odst. 5.1 tohoto článku pojištěným je považováno za odpověď na písemné dotazy pojistitele v souladu s § 14 zákona o pojistné smlouvě. V případě, že pojištěný nebude splňovat některou z podmínek uvedených v odst. 5.1 tohoto článku, může pojistitel v případě pojištění, kterého se takové porušení týká, postupovat v souladu s § 24 zákona o pojistné smlouvě.
- Dle této smlouvy lze u každého klienta pojistníka sjednat zproštění od placení pojistného dle této smlouvy maximálně ke třem pojistným smlouvám o životním pojištění ING, u kterých se doba, po kterou je pojištěný povinen hradit stanovený předpis pojistného dle pojistné smlouvy o životním pojištění, jakkoliv časově překrývá.

### Článek 6 – Pojistné období, počátek a konec pojištění

- Není-li dále stanoveno jinak, je pojistným obdobím kalendářní měsíc. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění a končí posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém je sjednána splatnost prvního pojistného dle smlouvy o životním pojištění. Poslední pojistné období začíná 1. dnem kalendářního měsíce, ve kterém nastala skutečnost, se kterou tato smlouva či zákon spojuje konec pojištění, a končí dnem, ke kterému nastává konec pojištění.
- Počátek pojištění dle této smlouvy (zproštění od placení pojistného) se stanoví na:

- 00.00 hodin dne uzavření a platnosti smlouvy o životním pojištění ING,
  - na 00.00 hodin následujícího dne po dni, kdy bylo zproštěno od placení pojistného sjednáno dodatečně písemným dodatkem ke smlouvě o životním pojištění ING.
- Konec pojištění se stanoví na 24.00 hodinu posledního dne platnosti smlouvy o životním pojištění ING, v rámci které je pojištění sjednáno, pokud není stanoveno v čl. 2 této smlouvy jinak.
  - Délka pojistného období nemá vliv na výši pojistného tak, jak je tato sjednána v čl. 7 této smlouvy.

### Článek 7 – Pojistné

- Výše pojistného za každé pojistné období činí 3,20 % ze sjednaného měsíčního předpisu pojistného dle smlouvy o životním pojištění, v rámci kterého bylo s pojištěným sjednáno zproštění od placení pojistného (CRDF), zaokrouhlo matematicky na celé koruny.
- Pojistník je povinen uhradit běžné pojistné za každé pojistné období z každého pojištění (tzn. za každého pojištěného) na účet pojistitele vždy nejpozději do 18. dne kalendářního měsíce následujícího po uplynutí pojistného období, za které je pojistné placeno.
- Pojistitel má právo v souladu se zákonem o pojistné smlouvě upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu. Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojistníkoví nejpozději ve lhůtě dvou (2) měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.  
Pokud pojistník nebo jednotlivý pojištěný se změnou výše pojistného nesouhlasí, a svůj nesouhlas uplatní do dvou (2) měsíců ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojištění nebo pouze individuální pojištění jednotlivého pojištěného, který vyjádřil takový nesouhlas, zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.

### Článek 8 – Podmínky pro likvidaci pojistné události

- V případě pojistné události je pojistník povinen předat pojistiteli údaje pouze o pojištěném (dle odst. 10.7 této smlouvy), u něhož nastala pojistná událost.  
Pojištěný, kterému nastala pojistná událost, je povinen poskytnout pojistiteli bez zbytečného odkladu tyto prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění:  
**V případě pracovní neschopnosti pojištěného:**
  - vyplněný formulář pojistitele „Oznámení pojistné události“,
  - kopii Potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti, se stanovením příslušného čísla diagnózy a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s čitelnou adresou lékaře),
  - došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře),
  - potvrzení zaměstnavatele nebo kopii Živnostenského listu, pokud je pojištěný osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) nebo kopii Zápočtového listu, pokud není pojištěný zaměstnán v pracovním poměru.

#### V případě nezaměstnanosti pojištěného:

- vyplněný formulář pojistitele „Oznámení pojistné události“,
  - kopii pracovní smlouvy včetně všech podepsaných dodatků k pracovní smlouvě,
  - kopii „Dokladu o rozvázání pracovního poměru“ (výpověď z pracovního poměru, dohoda o ukončení pracovního poměru apod.),
  - kopii rozhodnutí, že je pojištěný veden v evidenci u příslušného Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání,
  - kopie všech pracovních smluv uzavřených na dobu určitou nebo neurčitou včetně podepsaných dodatků k pracovním smlouvám, ze kterých vyplývá, že pojištěný byl zaměstnán nejméně 12 měsíců před počátkem pojištění.
- Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným.
  - Každé trvání pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti pojištěného musí být pojistiteli doloženo pojištěným nejméně jednou za kalendářní měsíc, nejpozději však do 5. dne následujícího kalendářního měsíce za měsíc, ve kterém byl pojištěný pracovní neschopný nebo nezaměstnaný, a to zasláním:  
**V případě pracovní neschopnosti:** kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo kopie „Potvrzení pra-

covní neschopnosti“ s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře nebo „Průkazu o trvání pracovní neschopnosti (tzv. „listku na peníze“). V případě nedoložení těchto dokladů považuje pojistitel pojištěného za práce schopného a svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato pracovní neschopnost trvá nebo trvala.

**V případě nezaměstnanosti:** kopie písemného potvrzení, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání. V případě nedoložení těchto dokladů považuje pojistitel svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato nezaměstnanost trvá nebo trvala.

- 8.4 Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného i jiné doklady, které považuje za potřebné, sám přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné ke zjištění své povinnosti plnit. Veškeré lékařské prohlídky či vyšetření, jakož i předložení dokladů či jiných dokumentů bude v tomto případě provedeno výhradně na náklady pojistitele.
- 8.5 Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o ukončení pracovní neschopnosti předložením kopie lékařského potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti.
- 8.6 Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o ukončení nezaměstnanosti předložením dokladu prokazujícího ukončení jeho nezaměstnanosti.
- 8.7 Pojištěný je povinen poskytnout pojistiteli součinnost v souladu s touto smlouvou v případě, že pojistitel uplatní oprávnění zjišťovat a přezkoumat skutečnosti důležité pro posouzení vzniku pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

## Článek 9 – Pojistné události a pojistné plnění

### 9.1 Všeobecná ustanovení:

- a) V případě vzniku nároku na pojistné plnění dle této smlouvy a Všeobecných pojistných podmínek pojistitele a poté, co pojistitel obdrží od pojištěného a pojistníka doklady uvedené v čl. 9 a odst. 10.7 této smlouvy, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění oprávněné osobě do 15 dnů ode dne, kdy pojistitel skončí veškerá potřebná šetření týkající se dané pojistné události. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel písemně sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- b) Nemůže-li být šetření skončeno do 3 měsíců po tom, co byla pojistiteli pojistná událost oznámena, je pojistitel povinen sdělit písemně oprávněné osobě důvody, pro které nelze šetření ukončit.
- c) Lhůta 3 měsíců neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.
- d) Na právo na pojistné plnění nemá vliv zánik pojištění, pokud k zániku pojištění došlo po vzniku pojistné události a právo na pojistné plnění bylo u pojistitele řádně uplatněno v zákonné lhůtě.

### 9.2 Pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Pojistnou událostí je vznik pracovní neschopnosti pojištěného, která trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní.

#### Pojistné plnění:

- a) Nárok na plnění z důvodu pojistné události způsobené pracovní neschopností pojištěného vznikne, pokud pracovní neschopnost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů. Výše plnění se rovná měsíčním předpisům pojistného dle příslušné pojistné smlouvy o životním pojištění ING, jejichž den splatnosti dle příslušné smlouvy o životním pojištění připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti pojištěného, počínaje měsíčním předpisem pojistného splatným po datu, ke kterému bude pojištěný 60. den v pracovní neschopnosti.

#### Příklad:

*Pracovní neschopnost pojištěného nastala 15. 3. Dnem 13. 5. je pojištěný 60. den v pracovní neschopnosti, která skončí 25. 5. Splatnost měsíčního předpisu pojistného je sjednána na 20. 5. (nebo kdykoliv od 1. 5. do 25. 5.); tento měsíční předpis pojistného je kryt pojištěním.*

*Pracovní neschopnost pojištěného nastala 15. 3. Dnem 13. 5. je pojištěný 60. den v pracovní neschopnosti, která skončí 25. 5. Splatnost měsíčního předpisu pojistného je sjednána na 29. 5. (nebo kdykoliv od 26. 5. do 31. 5.); tento měsíční předpis pojistného není kryt pojištěním.*

- b) Plněním v případě pojistné události způsobené pracovní neschopností pojištění nezaměstnanosti, s výjimkou případu uvedeného v odst. 9.5 této smlouvy.
- c) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu a nebo následky nemoci či úrazu, které byly příčinou

původní pracovní neschopnosti, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události. Výše plnění se rovná měsíčním předpisům pojistného dle příslušné pojistné smlouvy o životním pojištění, jejichž den splatnosti dle příslušné pojistné smlouvy o životním pojištění připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti pojištěného, počínaje měsíčním předpisem pojistného splatným v pojistném období, ve kterém nastane první den nové pracovní neschopnosti, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za niž již pojistitel plnil. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění za podmínek uvedených pod písm. a) tohoto odstavce.

### d) Omezení plnění v případě pojistné události způsobené pracovní neschopností pojištěného

U každého jednoho pojištěného může plnění z jedné pojistné události z důvodu pracovní neschopnosti pojištěného činit maximálně 12 po sobě jdoucích úhrad měsíčního předpisu pojistného, přičemž plnění na jeden měsíční předpis pojistného nepřesáhne částku 55 555 Kč (slovy: padesát pět tisíc pět set padesát pět korun českých).

- e) Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit pojistníkovi jako oprávněné osobě.

### 9.3. Pojištění pro případ ztráty zaměstnání

Pojistnou událostí je vznik nezaměstnanosti pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání, přičemž nezaměstnanost pojištěného musí trvat nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní (mimo čekací dobu).

#### Pojistné plnění

- a) Nárok na plnění z důvodu pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného vznikne, nastala-li nezaměstnanost pojištěného po uplynutí čekací doby pojistitele dle odst. 2.8 této smlouvy a pokud nezaměstnanost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů. Výše plnění se rovná měsíčním předpisům pojistného dle příslušné pojistné smlouvy o životním pojištění ING, jejichž den splatnosti dle příslušné pojistné smlouvy o životním pojištění připadá na dobu trvání nezaměstnanosti pojištěného, počínaje měsíčním předpisem pojistného v pojistném období, ve kterém bude pojištěný 60. den nezaměstnaný.

#### Příklad:

*Ztráta zaměstnání pojištěného nastala 15. 3. Dnem 13. 5. je pojištěný 60. den nezaměstnaný; nezaměstnanost skončí 25. 5. Splatnost měsíčního předpisu pojistného je sjednána na 20. 5. (nebo kdykoliv od 1. 5. do 25. 5.); tento měsíční předpis pojistného je kryt pojištěním.*

*Ztráta zaměstnání pojištěného nastala 15. 3. Dnem 13. 5. je pojištěný 60. den nezaměstnaný; nezaměstnanost skončí 25. 5. Splatnost měsíčního předpisu pojistného je sjednána na 29. 5. (nebo od 26. 5. do 31. 5.); tento měsíční předpis pojistného není kryt pojištěním.*

- b) Plněním v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištění nezaměstnanosti, s výjimkou případu uvedeného v odst. 9.5 této smlouvy.
- c) V případě, že pojistitel vyplatil pojistné plnění z jedné či více pojistných událostí způsobených ztrátou zaměstnání v celkovém rozsahu 12 po sobě jdoucích měsíčních předpisů pojistného, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění z další pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání až po uplynutí 12 měsíců ode dne vyplacení 12. měsíčního předpisu pojistného pojistitelem jako pojistné plnění, a to v souladu s písm. a) tohoto odstavce smlouvy.

### d) Omezení plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání

U každého jednoho pojištěného může plnění z jedné pojistné události z důvodu ztráty zaměstnání pojištěného činit maximálně 12 po sobě jdoucích úhrad měsíčního předpisu pojistného, přičemž plnění na jeden měsíční předpis pojistného nepřesáhne částku 55 555 Kč (slovy: padesát pět tisíc pět set padesát pět korun českých).

- e) Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit pojistníkovi jako oprávněné osobě.

- 9.4 V případě souběhu pojistných událostí u jednoho pojištěného v podobě nezaměstnanosti pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání a pracovní neschopnosti plní pojistitel pouze z titulu nezaměstnanosti tehdy, jestliže nezaměstnanost nastala jako pojistná událost první v pořadí.

V případě souběhu pojistných událostí u jednoho pojištěného v podobě pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti plní pojistitel nejdříve z titulu pracovní neschopnosti, jestliže tato pracovní neschopnost nastala jako pojistná událost první v pořadí. Z titulu nezaměstnanosti, jakožto pojistné události druhé v pořadí, poskytuje dále pojistitel plnění za podmínky, že k datu ukončení první pojistné události (tedy pracovní neschopnosti) jsou jinak splněny podmínky pro poskytnutí plnění z titulu druhé pojistné události (nezaměstnanosti).

### 9.5 Horní hranice pojistného plnění (limit pojistného plnění)

Smluvní strany se dohodly, že celkové pojistné plnění ze všech pojištění dle této smlouvy u jednoho pojištěného pro případ, že pojištěný uzavřel s pojistníkem jednu nebo více smluv o životním pojištění ING, v rámci kterých si sjednal zproštění od placení pojistného dle této smlouvy a u nichž se doba, po kterou je pojištěný povinen hradit měsíční předpis pojistného dle smlouvy o životním pojištění jakkoli časově překrývá, je stanoven limit pojistného plnění ve výši 2 000 000 Kč (slovy: dva miliony korun českých). Pokud pojistitel poskytl pojistné plnění jedné oprávněné osobě z jedné nebo více pojistných událostí jednoho pojištěného v celkové výši 2 000 000 Kč (slovy: dva miliony korun českých), veškerá pojištění tohoto pojištěného vzniklá na základě této smlouvy zanikají.

## Článek 10 – Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

- 10.1 U každého pojištěného provést kalkulaci výše pojistného s použitím sazby uvedené v odst. 7.1 této smlouvy.
- 10.2 Platit pojistiteli pojistné dle čl. 7 této smlouvy.
- 10.3 Odpovědět pojistiteli pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se pojištění, jakož i předat mu veškeré informace týkající se pojištění dle této smlouvy, které se dozví nebo získá od pojištěného; totéž platí, jde-li o změnu pojištění.
- 10.4 Poskytnout součinnost, aby všechny doklady požadované pojistitelem byly řádně vyplněny a podepsány.
- 10.5 Na základě odůvodněného písemného požadavku pojistitele poskytovat pojistiteli další informace, přehledy, výkazy v této smlouvě neuvedené, které souvisí s pojištěním, jsou pojistníkovi běžně k dispozici a nebude tak porušeno obchodní tajemství pojistníka nebo pojistníková povinnost mlčenlivosti.
- 10.6 Informovat pojistitele o uzavřených pojistných smlouvách o životním pojištění nebo jejich datech, v rámci kterých bylo zproštěno od placení pojistného dle této smlouvy sjednáno, zejména o výši měsíčního předpisu pojistného a údajích týkajících se pojištěného.
- 10.7 Informovat pojistitele o každé pojistné události, o které se dozví od pojištěného, zasláním následujících informací o pojištěném a jím uzavřené smlouvě o životním pojištění:

- příjemci, jméno, rodné číslo, číslo smlouvy o životním pojištění, datum podpisu smlouvy o životním pojištění, datum vzniku pojistné události a druh pojistné události, výše měsíčního předpisu pojistného, datum splatnosti pojistného.

- 10.8 Prokazatelně seznámit pojištěné s touto smlouvou i Všeobecnými pojistnými podmínkami. Při podpisu smlouvy o životním pojištění, resp. aktivaci pojištění, obdrží dále pojištěný od pojistníka informaci k pojištění, obsahující nejdůležitější ustanovení o právech a povinnostech pojištěného, vyplývajících z této smlouvy a Všeobecných pojistných podmínek.

## Článek 11 – Povinnosti pojistitele

Pojistitel je povinen:

- 11.1 Provést šetření každé pojistné události, o které se dozví, a písemně informovat oprávněnou osobu o výsledku šetření v souladu s čl. 9 této smlouvy.
- 11.2 Informovat neprodleně pojistníka o každé pojistné události, která mu byla nahlášena pojištěným, a to s uvedením čísla smlouvy o životním pojištění, jména a příjmení pojištěného a jeho rodného čísla.
- 11.3 Informovat neprodleně pojistníka o jakýchkoli písemných sděleních pojištěných.
- 11.4 Poskytovat bezplatně školení pojistníkovi nebo jím zmocněným osobám, které vstupují do kontaktu se zájemci o pojištění a pojištěnými.
- 11.5 Poskytovat pojistníkovi bezplatně v případě plnění z pojistné události informace týkající se čísla smlouvy o ži-

- votním pojištění, jména a příjmení pojištěného a jeho rodného čísla.
- 11.6 Zajistit s pojistníkem pravidelnou komunikaci včetně určení odpovědné osoby.
  - 11.7 Získat souhlas pojistníka s případnou změnou Všeobecných pojistných podmínek, jinak odpovídá za veškerou škodu vzniklou v souvislosti se změnou Všeobecných pojistných podmínek.
  - 11.8 Poskytovat pojistné krytí pojištěným dle této smlouvy.

#### Článek 12 – Zánik jednotlivého pojištění

Pojištění zaniká (pojištěním se rozumí individuální pojištění jednotlivého pojištěného):

- 12.1 dnem splatnosti posledního měsíčního předpisu pojistného;
- 12.2 posledním dnem platnosti smlouvy o životním pojištění, k níž se pojištění vztahuje;
- 12.3 dnem zániku závazku pojištěného hradit měsíční předpis pojistného, a to jeho splněním či jinak;
- 12.4 dnem smrti a dnem vzniku invalidity III. stupně pojištěného;
- 12.5 posledním dnem kalendářního roku, v němž pojištěný dovrší 65 let věku;
- 12.6 posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný začal pobírat starobní důchod;
- 12.7 písemnou dohodou smluvních stran, ve které je určen okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků;
- 12.8 v důsledku prodlení pojištěného s úhradou měsíčního předpisu pojistného ze smlouvy o životním pojištění vůči pojistníkovi za podmínky, že toto prodlení je delší než 30 dní; v takovém případě je pojištění automaticky přerušeno. Pojištění může být obnoveno za předpokladu, že veškeré dlužné pojistné bylo plně uhrazeno, ale toto obnovení nemůže být provedeno později než 90 dní po přerušení pojištění;
- 12.9 ukončením činnosti nebo zánikem pojistníka nebo pojistitele.

#### Článek 13 – Mlčenlivost, obchodní tajemství a předávání osobních údajů

- 13.1 Pojistitel a pojistník jsou povinni vzájemně zachovávat mlčenlivost o obchodním tajemství druhého z účastníků a o ostatních skutečnostech, o kterých se dověděli při výkonu činnosti podle této smlouvy a které by mohly poškodit kteroukoli ze smluvních stran. Zejména jsou povinni chránit informace a údaje o zákaznících, obchodních podmínkách, know-how kterékoli ze smluvních stran. Tato povinnost přetrvává ještě pět (5) let po skončení smluvního vztahu z této smlouvy.
- 13.2 Strany jsou povinny zajistit utajení informací u svých zaměstnanců, zástupců, jakož i jiných spolupracujících třetích stran, pokud jim informace podléhající ochraně dle této smlouvy byly zpřístupněny. Strany jsou zejména povinny získané informace nepoužít jinak než pro účely této smlouvy, tedy nejsou oprávněny poskytnout dané informace třetí straně bez předchozího písemného souhlasu druhé strany, nesmí je též zneužít ve svůj prospěch nebo ve prospěch jiného.
- 13.3 Strany jsou oprávněny poskytnout informace svým právním zástupcům, daňovým poradcům, účetním a osobám, u kterých stanoví povinnost poskytnout informace zákon.
- 13.4 Veškerá ujednání této smlouvy, vztahující se k předmětu plnění, ceně za plnění, podmínkám plnění, jakož i k jiným smluvním ujednáním, mohou být sděleny a zpřístupněny společnostem náležícím do skupiny ING Group N.V., které jsou touto společností ovládané, a dále společností BNP PARIBAS ASSURANCE se sídlem 1, boulevard Hausmann, 750 09 Paříž, a veškerým právníkům osobám, které jsou touto společností přímo či nepřímo ovládané.
- 13.5 Smluvní strany se zavazují, že při realizaci plnění v rámci této smlouvy budou dbát na co nejvyšší úroveň poctivosti a etiky v obchodním styku a respektovat všechny příslušné zákony. Těmito pravidly se v rámci této smlouvy budou řídit jak ve vzájemném styku, tak ve styku s třetími stranami. Smluvní strany prohlašují, že výše uvedená pravidla budou dodržována i jejich zaměstnanci. Smluvní strany výslovně sjednávají pro případ odstoupení od této smlouvy, že toto odstoupení musí být učiněno v písemné formě a jeho účinky nastávají dnem doručení tohoto odstoupení, není-li stanoveno jinak, a odstoupením zaniká smlouva ex-nunc, tj. práva a povinnosti smluvních stran nabytá do okamžiku odstoupení zůstávají zachována. Pojištění vzniklá do okamžiku odstoupení od smlouvy zůstávají nedotčena.
- 13.6 Pojistník i pojistitel se zavazují vzájemně si předávat média a data – osobní (i citlivé) údaje pojištěného – v šifrované nebo jinak zabezpečené podobě tak, aby

nedošlo k neoprávněnému přístupu k těmto médiím nebo datům, nebo k jakémukoliv zneužití neoprávněnou osobou. Dále se zavazují pojistník i pojistitel zajistit nejvyšší možné standardy technického a organizačního zabezpečení a přenosu dat, jaké lze s ohledem na předmět této smlouvy a postavení smluvních stran důvodně požadovat.

#### Článek 14 – Ochrana osobních údajů

- 14.1 Pojištěný uzavřením smlouvy o životním pojištění (nebo dodatku k ní) a vyslovením souhlasu s touto smlouvou, jakož i Všeobecnými pojistnými podmínkami současně uděluje pojistiteli souhlas v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, aby jeho osobní údaje včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b) citovaného předpisu byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění, za účelem pojištění (resp. likvidace pojistných událostí), a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Pojištěný prohlašuje, že byl v souladu s ustanovením § 11 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů a správců osobních údajů. Pojištěný souhlasí s předáváním svých osobních údajů do jiných států, a to ve smyslu § 27 zákona o ochraně osobních údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel pověřený v souladu s ust. § 6 zákona o ochraně osobních údajů. Tento souhlas je pojištěným udělován i pro účely získávání údajů o jeho zdravotním stavu prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (pověřených zdravotnických zařízení) v souladu s ust. § 55 odst. 2 písm. d) zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a opravňuje tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i o jeho smrti, pojistiteli sdělovat a dále zmochňuje příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Výslovně souhlasí s tím, že pojistitel může údaje získané v souvislosti s pojištěním dle této smlouvy sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví a asociacím těchto subjektů.
- 14.2 Smluvní strany se touto smlouvou vzájemně pověřují v souladu s ust. § 6 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, ke zpracování osobních údajů týkajících se zájemců o pojištění a pojištěných, jakož i dalších osob v pojistné smlouvě uvedených, za účelem přistoupení k pojištění dle této smlouvy, včetně souvisejících činností a další správou, pokud je toto zpracování nezbytné. Smluvní strany, jako zpracovatelé osobních údajů, budou tyto údaje zpracovávat za účelem pojištění a činností s tím souvisejících.
- 14.3 Smluvní strany prohlašují, že jsou schopny zajistit a zároveň se zavazují zajistit technické a organizační zabezpečení ochrany zpracovávaných osobních údajů, zejména přijmout taková opatření personálního, technického a organizačního charakteru, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněnému přenosu, neoprávněnému zpracování, jakož i jejich jinému zneužití, zejména opatření týkající se práce s datovými informačními systémy, vymezené omezeného okruhu osob, jež mohou disponovat s osobními údaji, včetně zajištění jejich mlčenlivosti o údajích, které se v rámci zpracování osobních údajů dozvěděly, jakož i o bezpečnostních opatřeních přijatých k jejich ochraně, zajištění místností a počítačů s databázemi proti vniknutí třetích osob.

#### Článek 15 – Závěrečná ustanovení

- 15.1 Nedílnou součástí této smlouvy jsou Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé životní a neživotní pojištění č. 1/2010, které tvoří přílohu I této smlouvy.
- 15.2 V případě rozporu mezi textem této smlouvy a Všeobecných pojistných podmínek pro soukromé životní a neživotní pojištění č. 1/2010 má přednost text této smlouvy.
- 15.3 V případě, že některé ustanovení této smlouvy bude neplatné či nevymahatelné, neovlivní to platnost či vymahatelnost ostatních ustanovení této smlouvy.
- 15.4 Právní vztahy vzniklé z této smlouvy se řídí platným právním řádem České republiky a případné spory vzniklé z této pojistné smlouvy rozhodují soudy České republiky.
- 15.5 Smluvní strany se dohodly, že pojistitel a pojistník jsou povinni upozornit druhou smluvní stranu na zahájení insolvenčního řízení týkajícího se jeho společnosti.
- 15.6 Pojistitel prohlašuje, že má vytvořeny veškeré technické, právní, personální a organizační předpoklady

k řádnému zajištění předmětu této smlouvy, zejména zajištění stálého provádění předmětu smlouvy.

- 15.7 Smluvní strany nejsou oprávněny převést svá práva a povinnosti z této pojistné smlouvy na třetí osobu bez předchozího písemného souhlasu druhé smluvní strany. Toto ustanovení se netýká pojistníka ve smyslu jeho oprávnění převést svá práva a povinnosti z této pojistné smlouvy i bez předchozího souhlasu pojistitele na kteroukoli osobu v rámci skupiny ING, tj. na kteroukoli osobu přímo či nepřímo ovládanou společností ING Group N.V., toto ustanovení se dále netýká převodu pojistného kmene v souladu s ustanovením § 103 zákona 277/2009 Sb., zákon o pojišťovnictví. Toto ustanovení se rovněž netýká pojistitele ve smyslu jeho oprávnění převést svá práva a povinnosti z této pojistné smlouvy i bez předchozího souhlasu pojistníka na kteroukoli osobu v rámci skupiny BNP PARIBAS ASSURANCE, se sídlem bd Haussmann 1, 750 09 Paříž, Francie, a veškerých právníků osob, které jsou touto společností přímo či nepřímo ovládané.
- 15.8 Tato pojistná smlouva je vyhotovena ve dvou originálech a každá smluvní strana obdrží po jednom.
- 15.9 Pojistník prohlašuje, že je na základě souhlasu či na základě zvláštních právních předpisů, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, oprávněn pojistiteli předat osobní údaje třetích osob uvedených v pojistné smlouvě, vyúčtování a dalších dokumentech, za účelem správy pojištění a plnění povinností pojistitele z ní vyplývajících, na dobu trvání právních vztahů z pojistné smlouvy a na dobu nezbytnou pro vyřadění vzájemných nároků vyplývajících z jejich zániku.
- 15.10 Smluvní strany souhlasí s výše uvedenými ustanoveními a svůj souhlas vyjadřují svým podpisem.

V Praze dne 7. 6. 2010

## 1. Informace o rizikových skupinách

Pro ocenění rizika jednotlivých pojištěných je podstatnou informací údaj o pracovní a zájmové činnosti. O změně činnosti během doby platnosti pojištění je pojistník povinen informovat pojišťovnu, pokud tato změna může vést ke změně rizikové skupiny, do které konkrétní činnost patří. Úplná pravidla pro zařazení činností do rizikových skupin pro konkrétní připojištění může pojišťovna aktualizovat a pojistník/pojištěný má právo do nich nahlížet prostřednictvím svého poradce.

### ZAŘAZENÍ PODLE PRACOVNÍ ČINNOSTI (DOSPĚLÍ):

- 1. riziková skupina** – osoby pracující převážně (po většinu pracovní doby) duševně, případně s malým podílem lehké manuální práce bez použití nebezpečných nástrojů nebo látek, bez pobytu v nebezpečném prostředí. Typická je práce v administrativě, řídicí práce, vědecká práce, duševní práce ve službách nebo ve výrobě nebo nejlépe manuální práce rizikovití srovnatelná s duševní prací. Do této skupiny patří např. (rozhodující je vždy pracovní činnost konkrétní osoby):

administrativní pracovník, manažer	konzultant	překladatel, tlumočník
akademik, výzkum	laborant ve zdravotnictví	psychoterapeut, psycholog, poradce
architekt	lékař, obvodní lékař, zubař	recepční
archivář	masér	referent
asistentka, sekretářka	nákupčí – admin. práce	režisér
barman, číšník, servírka, kuchař	nezaměstnaný (do limitu stanoveného pojišťovnou)	rybář
biolog	novinář – admin. práce v redakci	ředitel podniku, úseku, pobočky, školy
call centrum – operátor, info služby	obuvník	starosta, místostarosta
celník	optik	student (do limitu stanoveného pojišťovnou)
cestovní kancelář – delegát	osoba pečující o zdrav. postižené	šatnář
cukrář	osoba v domácnosti (do limitu stanoveného pojišťovnou)	šička, krejčovná
čalouník	osoba v invalidním/starob. důchodu (do limitu stanoveného pojišťovnou)	školitel, lektor
desk top publishing	osoby na rodičovské dovolené (do limitu stanoveného pojišťovnou)	školník
designér, konstruktér	pedagogicko-psychologický pracovník	technik – admin. práce
družinář, vychovatel	pedikér, manikér	účetní, finanční služby, daňový poradce
ekonom	personalista, pracovník nábory	učitel
farmaceut, lékárník	pokladník	uklízečka
finanční agent	pokojská	vedoucí lékař, primář, vrchní sestra
fotograf – atelier, fotolab	portýr	vedoucí pracovník bez manuální práce
fotograf – technický v terénu	poslanec, politik	voják – administrativa, vedoucí pracovník
grafik, výtvarník	právník, notář, soudce, advokát	výpravčí
herec, zpěvák, hudebník	prodávač – admin./lehká práce	výroba uměleckých předmětů
hodinář, opravy a prodej	programátor, vývoj software	výtvarník – malba, grafika, sochář, kameník
holič, kadeřník	promítač, pracovník kina	zdravotní sestra
informatik		zlatník, oprava šperků
knihovník		

- 2. riziková skupina** – osoby vykonávající převážně (po většinu pracovní doby) lehkou manuální práci, bez použití těžké techniky, bez nebezpečných nástrojů nebo látek, bez pobytu v nebezpečném prostředí. Dále také osoby vykonávající převážně duševní práci, ale s pravidelným (nikoli nahodilým) pobytem v nebezpečném prostředí nebo s pravidelným výkonem části pracovní činnosti s nebezpečnými nástroji nebo látkami nebo ve velmi rizikovém prostředí. Typická je lehká manuální práce ve službách nebo ve výrobě. Do této skupiny patří např. (rozhodující je vždy pracovní činnost konkrétní osoby):

archeolog	pekař	strojvůdce
automechanik, autoelektrikář, autoklempíř	pneuservis (pracovník pneuservisu)	štukatér
betonář	podlahář	technik, opravář drobné techniky
bezpečnostní technik	pokrývač (na zemi)	tiskař
čistírna – pracovník čistírny	policista (kromě pracovníků policejní správy, krimi a vyš. rizika)	truhlář
elektrikář	poštovní doručovatel	údržbář
chemický laborant	prodávač – těžší práce, s nebezpečnými nástroji	vazač knih
chov v zoo i v domácnosti – malá zvířata	rehabilitační pracovník, fyzioterapeut	včelař, chmelař
instalatér	revizor	vedoucí pracovník včetně manuální práce
instruktor (fitness, školení)	revizní technik – elektro, plyn	vedoucí směny v průmyslu, ve výrobě
izolatér, zateplováč	řezník, prodávač	veterinář
jeřábník	řidič – autobusu, tramvaje, trolejbusu	vinohradník, ovocnář
keramik	řidič osob. aut, taxi a nákladních aut do 7,5 t	voják – psůvod, palubní radista, kuchař
klempíř	samostatně hospodařící zemědělec, správce farmy	vulkanizér
lékař rychlé záchranné služby	servisní technik	výroba a montáž žaluzií a rolet
lesník	skladník	vzduchotechnik
malíř interiéru	sklenář	zahradník
nákupčí – včetně pobytu v terénu a man. práce	sportovní trenér, instruktor (ne sportovec)	zámečnick
novinář – práce v terénu	stavbyvedoucí, staveb. technik	zásobovač
obkladač	stevardka	závozník
obsluha zeměd. strojů (traktor, kombajn, mechanik)	operátor na výrobní lince	zedník – bežný
operátor na výrobní lince	ošetřovatel hospodářských zvířat	zootechnik
ošetřovatel hospodářských zvířat		žonglér

- 3. riziková skupina** – osoby vykonávající převážně (po většinu pracovní doby) těžkou manuální práci nebo manuální práci s použitím těžké techniky nebo nebezpečných nástrojů/materiálů, osoby vykonávající manuální pracovní činnost po celou pracovní dobu v rizikovém prostředí (strojírenství, výroba chemikálií, hutnictví, ve výškách) nebo osoby manipulující s nebezpečnými předměty/látkami, osoby vykonávající pracovní činnost převážně v rizikových situacích (požáry, výbuchy). Dále také osoby vykonávající manuálně lehkou pracovní činnost, ale většinu pracovní doby v nebezpečném prostředí. Typická je těžká manuální práce ve výrobě, práce v těžkém průmyslu. Do této skupiny patří např. (rozhodující je vždy pracovní činnost konkrétní osoby):

báňský elektrikář, mechanik, zámečnick	obsluha plynových kotlů, topič	stavební práce ve výškách
brusič, foukač, řezač/sklářství	ochranka – neozbrojená ostraha	strážný se zbraní
brusič – hutnictví apod.	opravář a údržbář výtahů	svářeč, potrubář
cestář, asfaltér	pilot (letecká doprava, letecké práce)	tavič, tažič
člen horské služby	plynoservis	technik – se zvýšeným rizikem (výšky, výbuš. apod.)
elektromontér nad 1000 V	policista – speciální potápěč	technik, opravář těžké techniky
frézař, nástrojář, ohýbač, soustružník	policista – kriminalista	tesař
hasič	postřikové lety	valcář
horolezecký doprovod	práce s barvami a chemikáliemi	vězeňský dozorce
chov v zoo i v domácnosti – velká nebo dravá zvířata	pracovník bez přímého styku s výbušninou	voják – mechan. prapor, údržba techniky
jeřábník (výškové jeřáby)	pracovník cementárny a vápenky	záchranná zdravotní služba
kameník	pracovník cihelny a panelárny, prefabrikárny	zedník – spec. na mosty, tunely, přehradu
kominík	pracovník při výrobě gumy a lepidla	
kovář, kolář	pracovník při výrobě hnojiv a kyselin	
kurýr na motorce, na kole	pracovník u pily	
letecký instruktor, mechanik	restaurátor výškových objektů	
lodník, kormidelník, námořník	řidič kamiónů/nákladních aut (nad 7,5 t)	
malíř, natěrač (exteriérů)	řidič lesního traktoru	
novinář – investigativní	sklář, slévač	
obráběč kovů	speditér, stěhování	

4. **riziková skupina** – osoby pracující převážně (po většinu pracovní doby) a pravidelně ve zvláště rizikových podmínkách nebo prostředí (v extrémních výškách nebo hloubkách, práce v podzemí nebo pod vodou), osoby pracující po většinu pracovní doby pravidelně (nikoli nahodile nebo výjimečně) s velmi nebezpečnými nástroji nebo materiály (s výbušninami, hořlavinami apod.) nebo práce specializované na zvláště nebezpečné situace. Dále také osoby vykonávající profesionální sportovní činnost. Typická je extrémně nebezpečná práce, práce v extrémně nebezpečném prostředí. Do této skupiny patří např. (rozhodující je vždy pracovní činnost konkrétní osoby):

artistka v cirkuse  
 baletka, člen baletu  
 člen záchranné skupiny  
 dělostřelec  
 dřevorubec  
 horník, tunelář  
 izolátor pracující horolezeckou technikou  
 jednotky speciálního nasazení  
 krotitel a ošetřovatel velkých zvířat (šelem)  
 lesní dělník  
 letecký instruktor

letecká záchranná služba  
 mistr odstřelu  
 myč oken pracující horolezeckou technikou  
 odminování polí  
 ochranka – ozbrojená, securitas apod.  
 parašutista  
 policista – pyrotechnik  
 posunovač, traťový dělník  
 potápěč  
 porážka zvířat – jatka  
 pracovník pracující s výbušninami/hořlavinami

pracovník s azbestem  
 předváděcí lety  
 pyrotechnik  
 speciální jednotky, útvary zvláštního určení OSN apod.  
 sportovci provozující sport jako hl. činnost (kromě šachů)  
 taneční soubory – profesionální  
 technik – doly  
 vojenský pilot  
 voják – střelec, ženista, výsadkář  
 zkušební pilot

## ZAŘAZENÍ PODLE PRACOVNÍ ČINNOSTI (DĚTI DO 18 LET):

Děti do 18 let (pokud je pro ně uzavíráno připojištění k pojistnému smlouvě dospělého nebo pokud jsou hlavním pojištěným u dětského investičního pojištění) jsou řazeny do 1. rizikové skupiny. V případě, že osoba ve věku 15–18 let uzavírá hlavní pojištění a připojištění určené pro dospělé osoby, platí pro takovou osobu zařazení podle pracovní činnosti jako u dospělých.

## ZAŘAZENÍ PODLE ZÁJMOVÉ, PŘEDEVŠÍM SPORTOVNÍ ČINNOSTI (DOSPĚLÍ):

1. **riziková skupina** – osoby provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez aktivní registrace ve sportovním klubu (tj. 1x týdně a méně často). Dále také šachy.

2. **riziková skupina** – osoby provozující intenzivně a pravidelně (2x týdně a častěji a/nebo u sezonních sportů jako aktivní členové registrovaní ve sportovním klubu) některý z následujících sportů:

### Atletika:

běh překážkový/maratonský/orientační  
 chůze jako sport. disciplína/rychlouchůze  
 pětiboj, desetioboj,  
 skok do dálky, výšky, trojskok

### Cyklistika:

cyklistika (silnice, cesty)  
 horská cyklistika, trekking

### Horolezectví:

horská turistika/vysokohorský nosič

### Hasičský sport

Jezdeckví/koně/agility

### Míčové sporty:

badminton, baseball, softball  
 basketbal, házená, volejbal  
 bowling, frisbee, skycross  
 fotbal, nohejbal, hokejbal, lacrosse  
 squash, tenis, stolní tenis, golf

### Střelba:

lovectví, štvánice, myslivost  
 lukostřelba, sportovní střelení

### Vodní sporty:

plavání, veslování, vodní pólo, vodáctví, vodní slalom

### Zimní sporty:

boby, sánkování, krasobruslení  
 sjezd, slalom, skoky na lyžích – vše na upraveném terénu  
 snowboarding a lyžování na vyznačených tratích  
 biatlon

### Ostatní sporty:

aerobic, fitness  
 balet, tanec, gymnastika  
 kulturistika  
 skateboarding  
 triatlon

3. **riziková skupina** – osoby provozující intenzivně a pravidelně (2x týdně a častěji a/nebo u sezonních sportů jako aktivní členové registrovaní ve sportovním klubu) některý z následujících sportů:

### Atletika:

hod diskem, kladivem, oštěpem, koulí

### Bojové a zápasnické sporty:

box, kick-box, aikido, judo  
 budo, kobudo, historický šerm  
 kendo, taekwondo, karate

### Horolezectví:

dobrovolný člen horské služby

lezení po ledovcích/ledových stěnách s jištěním

lezení po skalách/uměl. stěnách s jištěním

### Jezdeckví:

dostihy/parkur/překážky

### Motosport:

kaskadérství

### Potápění

Americký fotbal, rugby

### Vodní sporty:

surfing/skiing/jachting/plachtění na volném moři  
 kajaking/rafting – divoká voda / nepříst. oblasti

### Zimní sporty:

hokej, snowcross, skútr

### Ostatní sporty:

vzpírání, benchpress

4. **riziková skupina** – osoby provozující profesionální sportovní činnost (kromě šachů). Profesionální sportovní činnosti se pro účely připojištění rozumí sportovní činnost vykonávaná jako povolání na základě smlouvy uzavřené se sportovním klubem či jiným subjektem podnikání v této oblasti, pokud je z takové smlouvy zřejmé, že sportovec výkonem sportovní činnosti (formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně) získává finanční prostředky k uspokojování svých potřeb (zpravidla se jedná o jeho hlavní, případně převažující zdroj příjmů); profesionálním provozováním sportu se rozumí i provozování plně kontaktních sportů a sportovní činnost v rámci nejvyšší celostátní seniorské soutěže v příslušném druhu sportu (bez ohledu na obsah či existenci smlouvy), a to i tehdy, pokud vedle sportovní činnosti sportovec vykonává ještě povolání nebo se na výkon budoucího povolání soustavně připravuje studiem na střední nebo vysoké škole.

Do 4. rizikové skupiny se také řadí osoby provozující rodeo a býčí zápasy, ať profesionálně nebo amatérsky.

Osoby řazené podle své pracovní nebo zájmové činnosti do 4. rizikové skupiny mohou být na některá připojištění nepojistitelná – dané připojištění s nimi nelze uzavřít. Aktuální informace podá při sjednání pojištění poradce pro finanční plánování/makléř/zprostředkovatel.

## 2. Další informace

Úrazy při některých sportech jsou z pojistného krytí vyloučeny, tzn. nevzniká u nich nárok na pojistné plnění (jde o tzv. výluky, které jsou blíže specifikované ve zvláštních pojistných podmínkách jednotlivých připojištění). Jedná se o úrazy vzniklé při provozování sportů extrémně rizikových nebo sportů provozovaných v extrémních podmínkách a/nebo vyžadujících speciální technické vybavení

- horolezectví a vysokohorská turistika nad 3 000 m. n. m.
- potápění s použitím dýchacího přístroje pod 40 metrů a potápění jeskynní, vrakové a pod ledem
- závody všech motorových prostředků včetně přípravných zkoušek
- všechny aviatické sporty a lety jinými letouny, než jsou letadla licencovaných leteckých dopravců
- adrenalinové sporty hazardní povahy, tj. takové, které jsou provozovány bez obvyklého jištění nebo v jiných než obvyklých podmínkách – např. lezení bez jištění lanem, lyžování mimo upravené tratě, cyklistika mimo vyznačené tratě

## ZAŘAZENÍ PODLE ZÁJMOVÉ, PŘEDEVŠÍM SPORTOVNÍ ČINNOSTI (DĚTI DO 18 LET):

Děti do 18 let (pokud je pro ně uzavíráno připojištění k pojistnému smlouvě dospělého nebo pokud jsou hlavním pojištěným u dětského investičního pojištění) jsou řazeny do 1. rizikové skupiny. U některých připojištění mohou být omezení týkající se vrcholové sportovní činnosti u dětí.

V případě, že osoba ve věku 15–18 let uzavírá hlavní pojištění a připojištění určené pro dospělé osoby, platí pro takovou osobu zařazení podle sportovní činnosti jako u dospělých.

Poznámky:

# PŘÍKAZ K ÚHRADĚ

BANCE .....

POBOČCE .....

bankovní spojení		datum splatnosti				
číslo účtu plátce	kód banky	měna	částka	variabilní	konstantní	specifický
1010101010	3500			88XXXXXXXXXX	3558	
doplňující údaj banky			údaj pro vnitřní potřebu příkazce			
			NN - platba pojistného			

místo a datum vystavení

podpis(y), razítko příkazce

## Bankovní spojení pro platby pojistného k pojistné smlouvě číslo XXXXXXXXX

### SIPO

Stačí předat spojovací číslo vašeho SIPO pojišťovně.

Pojišťovna si začne strhávat peníze až po akceptaci smlouvy, do té doby je třeba hradit jinou formou.

### Jednorázový nebo trvalý příkaz k úhradě

název a sídlo banky: ING Bank N.V., Nádražní 344/25, Praha 5

číslo účtu: 1010101010/3500

variabilní symbol: 88XXXXXXXXXX

konstantní symbol: 3558 (není povinný údaj)

### Inkaso z účtu

název a sídlo banky: ING Bank N.V., Nádražní 344/25, Praha 5

číslo účtu: 1010101010/3500

variabilní symbol: 89XXXXXXXXXX

konstantní symbol: 3558 (není povinný údaj)

Pojišťovna si začne strhávat peníze až po akceptaci smlouvy, do té doby je třeba hradit jinou formou.

### Složenka

název a sídlo banky: ING Bank N.V., Nádražní 344/25, Praha 5

číslo účtu: 1010101010/3500

variabilní symbol: 88XXXXXXXXXX

konstantní symbol: 3559 (není povinný údaj)

### Bankovní spojení pro platby pojistného hrazené zaměstnavatelem

název a sídlo banky: ING Bank N.V., Nádražní 344/25, Praha 5

číslo účtu: 1000341918/3500

variabilní symbol: dle typu platby

konstantní symbol: dle typu platby

**UPOZORNĚNÍ: Pojistné nelze platit v hotovosti u pojišťovacího zprostředkovatele!**

### Poštovní poukázka A

Podací listek

Podací číslo

Cena

Česká pošta, s.p.

IČ 47114983



Účel platby

NN - platba pojistného

Slovy

Adresa majitele účtu

NN Životní pojišťovna N.V.  
pobočka pro ČR  
Nádražní 344/25  
150 00 Praha 5 - Smíchov

Č. účtu / Kód banky 1010101010/3500

V. symbol 88XXXXXXXXXX

S. symbol

Odesílatel

Č. účtu ..... / 0300

### Poštovní poukázka A

Částka Kč ..... h ..... Tr. kód 1 1 0

Ve prospěch účtu\* 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0

Kód banky 3 5 0 0 V. symbol 8 8 X X X X X X X X

K. symbol 3 5 5 9 S. symbol

\*) Údaje zarovnejte vpravo, první část čísla účtu (předčíslí) uveďte před zvýrazněnou vstříslou čárou

Odesílatel (hůlkovým písmem, tiskem) jméno

příjmení

ulice (obec), č. domu, PSC, dodávací pošta



podací znaky

Adresa majitele účtu  
NN Životní pojišťovna N.V.  
pobočka pro ČR  
Nádražní 344/25  
150 00 Praha 5 - Smíchov

Zpráva pro příjemce (hůlkovým písmem, tiskem)

Vyplní plátce - majitel běžného účtu v CZK vedeného  
Poštovní spojitelnou jen při bezhotovostní úhradě

Datum, právoplatný podpis

Datum splatnosti

Zúčtujte na vrub účtu plátce

0 0 0 0 0 0

Kód banky 0 3 0 0

04

110<

**POTVRZENÍ (USCHOVEJTE)**

- Doklad označený "Poštovní poukázka" lze vplácet v hovorosti na všech poštěch podle poštovních podmínek. Doklad označený "Složenka" lze vplácet v hovorosti na všech poštách a finančních centrech Poštovní spořitelny (dále jen obchodní místo). Na všech obchodních místech mohou podat majitelé běžného účtu v CZK vedeného Poštovní spořitelnou tyto doklady i k bezhovorosti uhrazení Poštovní spořitelnou.
- Osoba disponující s běžným účtem v CZK vedeným Poštovní spořitelnou dává disposizione k bezhovorostní úhradě tohoto dokladu vyplněním pole "Zúčtujte na vrub..." a uvedením právouplatňovacího účtu než běžného účtu.
- Pláče uhrazují tento doklad z jiného účtu než běžného účtu vedeného Poštovní spořitelny (dále jen obchodní místo) v CZK vedeného Poštovní spořitelny uvedeny na rubu dokladu a předloží ho své bance, resp. pobočce.
- Za hovorostní vplácení je při podání dokladu vybrána cena podle příslušných ceník.
- Případný "Opis svrženky" potvrzí a vydá obchodní místo pláči na jeho žádost.
- Reklamaci hovorostní pláby nebo bezhovorostní úhrady z běžného účtu v CZK vedeného Poštovní spořitelnou lze uplatnit po předložení tohoto potvrzení na kterémkoliv obchodním místě. Hovorostně vplácenou Poštovní poukázku lze reklamovat pouze prostřednictvím pošty.

Reklamace č.j. .... / .....

.....  
 razítko, podpis pracovníka  
 obchodního místa

.....  
 Místo a datum vystavení

\* - jen pro klienty České spořitelny

Doplňující údaj banky			
Údaj pro vnitřní potřebu příkazce			
Císlo účtu příjemce	Kód banky	Číslo účtu	Kód banky
Císlo účtu pláče	Kód banky	Specifický symbol *	
Bankovní spojení		Datum splatnosti	
Pobočce		.....	

Symboly pláby	
Specifický	Konstantní
Variační	

Podpis(y), razítko příkazce

**PRÍKAZ K ÚHRADĚ**

**Doklad je opticky strojově zpracovávan - NEPOŠKODIT, NEPOPISOVAT, NEPŘEHYBAT**

Podrobné ověření totožnosti pláče v hovorosti	Rodné číslo pláče	Není-li, uveďte datum narození a údaje příkazu totožnosti	Druh	..... číslo
---	-------------------	---	------	-------------

Čistá zóna - nevípsujte žádné údaje